

Csibi Sándor

Factori psihologici ai comportamentului de sănătate la adolescenți

Presa Universitară Clujeană

CSIBI SÁNDOR

**FACTORI PSIHOLOGICI
AI COMPORTAMENTULUI DE SÁNÁTATE
LA ADOLESCENŢI**

Referenți științifici:

Prof. univ. dr. Ábrám Zoltán

Conf. univ. dr. Adina Rebeleanu

ISBN 978-973-595-937-1

© 2015 Autorul volumului. Toate drepturile rezervate. Reproducerea integrală sau parțială a textului, prin orice mijloace, fără acordul autorului, este interzisă și se pedepsește conform legii.

Tehnoredactare computerizată: Alexandru Cobzaș

Universitatea Babeș-Bolyai

Presa Universitară Clujeană

Director: Codruța Săcelean

Str. Hasdeu nr. 51

400371 Cluj-Napoca, România

Tel./fax: (+40)-264-597.401

E-mail: editura@editura.ubbcluj.ro

<http://www.editura.ubbcluj.ro/>

CSIBI SÁNDOR

**FACTORI PSIHOLOGICI
AI COMPORTAMENTULUI
DE SÁNÁTATE
LA ADOLESCENŢI**

PRESA UNIVERSITARÁ CLUJEANÁ

2015

Această lucrare a fost posibilă prin sprijinul financiar oferit prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007–2013, cofinanțat prin Fondul Social European (Investește în oameni!), în cadrul proiectului POSDRU/88/1.5/S/60185, cu titlul „Studii doctorale inovative într-o societate bazată pe cunoaștere”.

CUPRINS

INTRODUCERE	9
CAPITOLUL I. Sănătatea și comportamentul de sănătate la adolescenți	13
1.1. Comportamentul de sănătate ca problemă socială	13
1.2. Delimitări conceptuale	16
1.2.1. Sănătatea, stilul de viață și comportamentul de sănătate – definiții și sensuri	16
1.2.2. Sănătatea mentală și rolul ei în comportamentul de sănătate al adolescenților	23
1.3. Perspective teoretice în studiul comportamentului de sănătate	25
1.3.1. Teorii sociologice ale comportamentului de sănătate	25
1.3.2. Abordări psihologice ale comportamentului de sănătate	29
1.4. Modele explicative interdisciplinare ale comportamentului de sănătate la adolescenți	32
1.5. Aplicații ale teoriilor și ale modelelor psihosociologice în promovarea sănătății și în prevenția comportamentelor de risc	38
1.6. Studiile internaționale care analizează comportamentul de sănătate al copiilor și adolescenților	43
1.6.1. Metaanaliza studiilor și cercetărilor din domeniul comportamentului de sănătate	43
1.6.2. Studiile „Health behavior in school-aged children” (HBSC Survey)	49
CAPITOLUL II. Analiza factorilor care influențează sănătatea fizică și mentală a adolescenților	57
2.1. Factori favorizanți și factori cu risc pentru sănătate	57
2.2. Factorii contextuali ai comportamentului de sănătate	68
2.2.1. Statutul socio-economic al familiei și nivelul de educație a părinților	68
2.2.2. Structura și funcționalitatea familiei	70
2.2.3. Mediile de socializare și suportul social-afectiv	75
2.2.4. Specificurile interacțiunilor din mediul școlar	76
CAPITOLUL III. Rolul autoaprecierii, al modalităților de coping și al exprimării agresivității în comportamentul privitor la sănătate al adolescenților	79

3.1. Particularități ale dezvoltării în perioada adolescenței din perspectiva comportamentului legat de sănătate	79
3.2. Dezvoltarea și modificarea autoaprecierii în adolescență prin prisma comportamentului legat de sănătate	82
3.3. Stilul de coping și adaptarea la cerințele mediului social	85
3.4. Influența modului de exprimare și orientare al agresivității asupra sănătății mentale	89
CAPITOLUL IV. Aspecte metodologice ale cercetării	93
4.1. Obiectivele cercetării	93
4.2. Ipoteze de lucru	94
4.3. Prezentarea eșantionului	95
4.4. Metode și instrumente folosite	96
CAPITOLUL V. Prezentarea și interpretarea rezultatelor	101
5.1. Inegalități după sex privind comportamentele de sănătate și de risc adoptate de către adolescenți – verificarea ipotezei 1.	102
5.2. Analiza variabilelor comportamentului legat de sănătate prin prisma factorilor de personalitate – verificarea ipotezei 2.	106
5.2.1. Rolul aprecierii de sine în adoptarea și menținerea comportamentelor de sănătate	112
5.2.2. Diferențe în modalitatea de coping adoptată și comportamentul de sănătate	115
5.2.3. Efectele nivelului și orientării agresivității asupra comportamentelor de risc	121
5.3. Analiza contextului social în care se manifestă comportamentele de sănătate a adolescenților – verificarea ipotezei 3.	129
5.3.1. Analiza factorilor din mediul familial	132
5.3.2. Influența grupului copiilor de aceeași vârstă asupra comportamentului de sănătate	144
5.3.3. Implicațiile factorilor protectivi și de risc din mediul școlar asupra comportamentului legat de sănătate	151
5.3.4. Implicațiile participării la altercațiile din mediul școlar asupra sănătății adolescenților	164
5.4. Analiza comparativă a variabilelor cuprinși în cercetare în funcție de diferențele mediului regional și cultural – verificarea ipotezei 4.	173
5.4.1. Factorii protectivi și de risc ai comportamentului de sănătate din perspectiva mediului socio-cultural diferit	173
5.4.2. Analiza factorilor de personalitate în funcție de mediul socio-cultural	182

CONCLUZII	185
BIBLIOGRAFIE	191
ANEXE	217

INTRODUCERE

Promovarea sănătății mentale și fizice precum și educația cu privire la modul de viață sănătos a devenit un aspect deosebit de important, atât în studiile psihosociologice, cât și în elaborarea politicilor de sănătate din întreaga lume (*Comstock, 2008; Georgiou și Stavrinides, 2008, McGee și Baker, 2002, Natvig și col. 2001*). Multitudinea schimbărilor sociale și economice actuale dovedesc un impact semnificativ asupra modului de viață al adolescenților, conferind totodată *actualitatea și noutatea cercetării*. În cercetarea noastră ne concentrăm atenția asupra problematicei generale legate de *apărarea sănătății mentale*, implicând atât analiza variațiilor individuale cât și diferitele aspecte ale contextelor sociale în care acestea se manifestă. Contribuim astfel la documentarea științifică a unor caracteristici comportamentale ale adolescenților din România, iar rezultatele obținute oferă puncte de sprijin importante pentru dezvoltarea cauzalităților și a predicțiilor legate de adoptarea comportamentelor de sănătate de către adolescenți.

Originalitatea cercetării constă în analiza diferențiată a specificurilor atitudinale ale adolescenților, cu privire la *modul de exprimare a agresivității, de autoapreciere și ale modalităților de coping utilizate*. Interrelaționările dintre factorii protectivi (regularitatea activităților fizice, aprecierea pozitivă asupra imaginii corpului și controlul greutății, aprecierea pozitivă a sănătății și a calității vieții) și de risc (consumul de substanțe, fumatul și consumul de alcool) ai sănătății, cu componente ale personalității prin prisma factorilor de mediu (suportul și prezența membrilor familiei, nivelul de educație a părinților, climatul social și acceptabilitatea percepută din partea profesorilor, stresul școlar, anturajul și timpul petrecut cu colegii de aceeași vârstă) conturează o imagine de ansamblu a comportamentului de sănătate dintr-o perspectivă interdisciplinară psihosociologică.

Pe parcursul cercetării noastre utilizăm termenul de *comportament de sănătate* în accepțiune *pozitivă* (denotând factorii protectivi sau de menținere a sănătății) și pe cel de comportament de risc, pentru factorii și modalitățile de comportament dăunătoare sănătății adolescenților chestionați.

În *explorarea comportamentului de sănătate și a modului de viață al adolescenților*, printr-o abordare interdisciplinară, vom analiza factorii implicați în menținerea stării de sănătate a adolescenților, din perspectivă *sociologică*, (prin analiza diferențierilor socio-demografice ale subiecților, precum sexul și specificul mediului lor de existență) și vom studia asocierile acestora cu variabile *psihologice* individuale (prin analiza caracteristicilor psihologice individuale, cum sunt autoaprecierea, modalitățile de coping, manifestarea agresivității).

Cercetarea conține, alături de analiza relațiilor dintre factorii de risc și protectivi ai comportamentului de sănătate, cu luarea în considerare a elementelor de personalitate ale subiecților, și o analiză comparativă asupra mediului socio-cultural caracteristic adolescenților proveniți din două regiuni geografice și din două culturi diferite.

Caracteristicile societății moderne de astăzi (de pildă, canalele de socializare multiple, prioritățile valorice profund modificate și creșterea solicitărilor de natură cognitivă și socială) influențează în mod semnificativ modul de viață, valorile, tradițiile și cultura pe care o dobândesc copiii și adolescenții. Deficiențele din procesul de socializare din familie sau din mediul școlar pot avea un impact important asupra vieții adolescenților, prin determinarea nivelului stabilității emoționale și a încrederii de sine, al eficienței strategiilor de coping și al echilibrului psihic și fizic general (*Albert-Lőrincz, 2011*).

Modul de viață alert și schimbările frecvente ale diferitelor aspecte ale vieții sociale pot avea un impact major, în special asupra categoriilor vulnerabile așa cum sunt, de exemplu, adolescenții. Acestea afectează formarea și stabilizarea diferitelor caracteristici din structura personalității (precum sunt sistemul de valori, imaginea sinelui și autoaprecierea, eficiența în adaptare). Deficiențele în funcționarea și integrarea acestor elemente pot conduce deseori la o adaptare deficitară sau la o defulare a tensiunii psihice prin comportamente de risc și prin manifestări agresive sau antisociale (*Houbre și col., 2006, 2010; Scholte și col., 2007; Polman și col., 2007*).

În scopul fundamentării teoretice a cercetării am trecut în revistă cele mai importante abordări și teorii sociologice și psihologice, care pot explica conceptul de sănătate și stilul de viață sănătos atât la nivel macro- și mezosocial (structurile și instituțiile sociale din domeniul sănătății), cât și microsocal (la nivelul individului) (*Martikainen și col., 2002*).

La nivelul individului ne focalizăm atenția asupra acelor caracteristici ale personalității care prezintă implicații directe asupra comportamentului de sănătate în această perioadă de dezvoltare. Starea de sănătate și igiena mentală constituie elemente fundamentale ale resurselor de sănătate, ale flexibilității și ale adaptării pozitive, care permite adolescenților să facă față situațiilor problematice, să-și dezvolte propriile abilități la un nivel optim, spre a obține astfel o stare de sănătate optimă, cu toate consecințele sociale pozitive care rezultă din aceasta. Adaptarea eficientă și îmbunătățirea sănătății mentale ale tinerilor aduc beneficii semnificative nu doar sănătății și calității vieții individuale, ci și a comunităților în care aceștia trăiesc. Autoaprecierea pozitivă, succesul adaptării, disponibilitatea de a învăța și efectul pozitiv al identității sociale constituie resurse protective, care la rândul lor influențează o gamă foarte largă de rezultate legate de sănătatea și de manifestarea socială (*Friedli, 2009*). Autoevaluarea, percepțiile asupra propriului corp și satisfacția dată de greutatea corporală îndeplinesc un rol important în reglarea comportamentală și în eficiența adaptării în perioada adolescenței, în special în cazul fetelor (*Cole și Cole, 1997*). Modalitățile de coping adoptate prezintă o strânsă relație cu deciziile adolescenților privind opțiunile legate de sănătate (*Brassai și Pikó 2007*). Abilitatea de coping constituie un element central al comportamentului de sănătate și a menținerii echilibrului psihic. (*Albert-Lőrincz, 2011*) În scopul succesului adaptării se impune aplicarea unor strategii de coping eficiente care să ajute la reducerea sau la tolerarea stresului provenit din surse interne sau externe (*Spielberger, 2004*). „Stilul de viață legat de sănătate depinde de relația dintre abilitatea de coping al unei persoane și factorii protectivi, respectiv de risc care acționează în mediul său de viață” (*Albert-Lőrincz, 2011, p. 58*).

Creșterea numărului comportamentelor de risc, odată cu scăderea frecvenței comportamentelor de sănătate adoptate de către adolescenți a provocat interesul crescut al specialiștilor din domeniul sănătății publice.

Rezultatele cercetărilor dovedesc relații de cauzalitate între factorii comportamentului de sănătate (cum sunt modul de viață sedentar, consumul de alcool, prezența tulburărilor psihosomatice, etc.) și nivelul ridicat al stresului psihic, autoaprecierea negativă sau un nivel crescut al agresivității (*Diong și Bishop, 1999, Pikó, 2002, Ogden, 2007*).

Cercetarea aduce o contribuție semnificativă la o mai bună înțelegere a problemelor sociale actuale, conturate de factori de risc și protectivi, implicate în dezvoltarea comportamentului de sănătate ale adolescenților.

Prezentul demers analitic oferă puncte de plecare importante pentru cercetările ulterioare centrate pe analiza stilului de viață sănătos și prevenirea comportamentelor de risc ale adolescenților. Specialiștii în elaborarea programelor de prevenire a comportamentelor cu risc pentru sănătate vor găsi repere importante, care îi pot sprijini în activitățile lor destinate influențării în mod benefic a dezvoltării personalității și adaptării eficiente a adolescenților la mediile sociale în care trăiesc.

CAPITOLUL I.

Sănătatea și comportamentul de sănătate la adolescenți

Analizele sociologice oferă o abordare conceptuală interdisciplinară pentru înțelegerea interacțiunilor dintre formarea identității de sine și circumstanțele sociale, acestea generând variații în starea de bine a individului. Cercetările au demonstrat în mod consecvent importanța rețelelor sociale de sprijin într-o comunitate, precum și riscul pentru sănătatea mentală atunci când acestea sunt absente (*Rogers și Pilgrim, 2005, Wilkinson, 1996*).

Realitatea socio-umană este abordată de sociologie și de alte discipline socio-umane din perspectiva analizei raporturilor dintre valori, atitudini, opinii și comportament, precum și a mentalităților și ale tendințelor comportamentale, în contextul social general în care se manifestă acestea (*Rotariu și Iluț, 2006*).

Cercetătorii au identificat elemente importante ale asocierilor dintre atitudini și comportamente, cum sunt obiectul și perioada de desfășurare a unei acțiuni sau comportament și factori ai personalității cu impact asupra acestora (aptitudini personale, abilități fizice și intelectuale, procese cognitive implicate) (*Ajzen și Fischbein, 1977*).

Astfel, comportamentul de sănătate poate fi privit prin prisma acordului dintre comportamentul cotidian al adolescenților și valorile și atitudinile lor legate de concepția despre sănătate, care le fundamentează ulterior modul de viață, chiar și la vârsta adultă. (*Rotariu și Iluț, 2006*)

Investigarea sociologică a comportamentului de sănătate al adolescenților va surprinde deci condiționarea socioculturală a reacțiilor față boală și a comportamentelor de risc ca fiind fenomene sociale circumscrise structurilor de personalitate a fiecăruia (*Lupu și Zanc, 1999*).

1.1. Comportamentul de sănătate ca problemă socială

Schimbările sociale și economice majore caracteristice sfârșitului secolului al XX-lea s-au concretizat prin diferențe semnificative în stilul de viață al adolescenților și în schimbările privind comportamentul lor social, individual și comunitar (*Benkő, 2000*).

Comportamentele de risc pentru sănătate sunt tratate ca probleme sociale, prin implicațiile lor asupra copiilor și adolescenților (*Rubington și Weinberg, 2003*).

Bazându-se pe definiția sănătății, *Mooney, Knox și Schacht (2011)* subliniază că analiza problemelor sociale constă în esență în analiza problemelor de sănătate, pentru că acestea se centrează pe starea de bine („well-being”) fizică, mentală și socială a adolescenților și a mediului social din care aceștia fac parte (*Mooney, Knox și Schacht, 2011*).

Specialiștii din domeniul sănătății mentale depun eforturi considerabile în scopul identificării și prevenirii situațiilor de risc pentru sănătatea mentală și fizică a tinerilor. Cercetătorii susțin că sănătatea nu este întotdeauna o problemă medicală, ci una

fundamental socială, și văd abordarea stării de sănătate și a îngrijirii sănătății ca o problemă de sănătate publică (Conrad și Leiter 2003). Conform autorilor, alături de abordarea sănătății din perspectiva sănătății publice, însă, este nevoie de înțelegerea mediului fizic și social ale apariției diferitelor probleme de sănătate. Astfel, merită atenție atât mecanismele sociale de producere a bolilor, cât și modalitățile de prevenție și de intervenție a bolii pe planul structurilor sociale. Abordarea sănătății ca problemă socială se bazează deci pe două principii, și anume: (1) sănătatea și boala sunt produse sociale și (2) îngrijirea sănătății prezintă carențe care adeseori produc probleme sociale grave (Conrad și Leiter, 2003). În cazul adolescenților, starea precară de sănătate poate conduce la realizarea deficitară a dezvoltării care la rândul ei va avea consecințe pe termen lung asupra funcționării și adaptării sociale.

Printre problemele sociale frecvent identificate în cazul adolescenților putem enumera violența, delinquența juvenilă, consumul de droguri, dar și conflictele interpersonale sau dezorganizarea familială și comunitară (Popescu, 2004). Majoritatea acestor probleme constituie importanți factori de risc pentru sănătatea tinerilor, influențând perioadele lor viitoare de viață.

Consumul de droguri, de exemplu, este privit ca o problemă socială nu doar din cauza consecințelor dăunătoare asupra adolescenților, dar și pentru urmările lor la nivelul întregii societăți. Astfel, consumul de droguri poate conduce la acutizarea problemelor din interiorul familiei și, de asemenea, la creșterea ratei de delinquență în rândul tinerilor (Mooney, Knox și Schacht, 2011).

Bandura (2005) subliniază, că sănătatea unei națiuni constituie o problemă de ordin social, determinând din partea societății acțiuni de promovare a sănătății, adecvate rezolvării problemelor individuale sau specifice grupului social de apartenență.

Sociologii pun un accent tot mare asupra analizelor centrate pe stilul de viață al adolescenților. Studiile recente evidențiază totodată necesitatea identificării modalităților și a practicilor sociale utile, care creează un fundament solid pentru cunoașterea identității individuale a adolescenților (Pikó, 2010).

Pe parcursul ultimelor decenii atenția acordată promovării *stilului de viață sănătos* a înregistrat o creștere semnificativă. Aceasta a fost demonstrată de atenția și preocupările forurilor guvernamentale, academice, comerciale și comunitare. Astfel, în zilele noastre oamenii au devenit mult mai conștienți de beneficiile adoptării unui stil de viață sănătos. Oricine vizitează un supermarket, deschide televizorul, ascultă radioul sau citește o revistă poate observa gradul de creștere a conștientizării problemelor referitoare la sănătate.

Abordările și cercetările internaționale recente¹ au în vedere tot mai frecvent concepțiile referitoare la starea de sănătate și la cea de boală, respectiv la stilul de viață sănătos sau nesănătos al tinerilor (Currie, Roberts, Morgan și Smith, 2004).

Cercetările din științele medicale și sociale și-au concentrat atenția asupra analizei sănătății adolescenților, materializată prin înființarea unor reviste de specialitate importante, cum ar fi de exemplu *Journal of Adolescent Health* și *Journal of Adolescent*

¹ Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O., Rasmussen VB. (Eds.) (2004). *Young people's health in context. Health behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2001/2002 survey*. WHO, Copenhagen.

Health Care, care valorifică cercetările legate de sănătatea adolescenților (*Pescosolido, Martin, McLeod și Rogers, 2011*).

Schimbările sociale frecvente și intense ce caracterizează societatea modernă au dovedit deseori un impact nefavorabil asupra stării de sănătate al adolescenților. În consecință, ei au dezvoltat tot mai mult comportamente deficitare de sănătate sau comportamente de risc. Uneori, factorii de risc sunt atât de puternic înrădăcinați în structurile societății moderne, încât posibilitatea de a interveni asupra lor este foarte redusă, sau chiar imposibilă (*Pikó, 2010*). Spațiile și facilitățile de socializare au un rol determinant în formarea unui stil de viață sedentar, lipsit de acțiune, care are un impact semnificativ și negativ asupra întreținerii și menținerii sănătății fizice.

Capacitatea și motivația adolescenților de a alege comportamentele de sănătate pozitive sunt puternic influențate de sănătatea lor mentală și de starea lor generală de bine (*Pikó, 2010*).

De asemenea *stilul de viață*, care va determina starea de sănătate a tinerilor, se cristalizează îndeosebi în perioada copilăriei și a adolescenței. Sub influența schimbărilor fizice, psihologice și sociale intense, caracteristice perioadei de dezvoltare din adolescență, se formează atitudinile și comportamentele cu impact benefic sau nociv asupra stării de sănătate. Studiile evidențiază numărul crescând al comportamentelor de risc în rândul adolescenților. Acestea sunt determinate de impactul negativ al unor factori, precum sunt creșterea independenței lor față de părinți, libertatea crescută a programului zilnic sau petrecerea majorității timpului liber cu prietenii în detrimentul familiei. Deficiențele în comunicare și în rezolvarea conflictelor între părinți și copii, destrămarea sau modificarea structurii familiilor joacă un rol important în stabilizarea acestor comportamente. Totodată, creșterea tensiunii psihice și a manifestării agresivității în relațiile interpersonale poate fi amplificată de lipsa unor mecanisme de coping eficiente sau de lipsa informării și educării adecvate (*Albert-Lőrincz 2009, 2011*).

Sănătatea și boala sunt de asemenea afectate de factori sociali cum sunt efectele globalizării, statutul social și nivelul de sărăcie, educația și sexul persoanei. Problemele de sănătate sunt strâns legate de comportamentele asociate stilului de viață, precum consumul de alcool, fumatul sau alimentația inadecvată (*Mooney, Knox și Schacht, 2011*).

Studiile sociologice au identificat anumite grupuri sociale sau indivizi izolați, provenind din medii sociale defavorizante, care s-au dovedit a fi mai expuși și mai vulnerabili la diverse boli sau conduite cu risc asupra sănătății. Însă, factorii mediului social pot acționa asupra indivizilor/grupurilor și în mod protector, prin intermediul suportului social sau al programelor adecvate de prevenție/educație. Impactul variat al acestor factori explică diferențele dintre anumite medii sociale cât privește gradul de apariție a unor boli și cât privește nivelul stării de sănătate (*Ogden, 2007*).

1.2. Delimitări conceptuale

1.2.1. Sănătatea, stilul de viață și comportamentul de sănătate – definiții și sensuri

Analizele privind *stilul de viață* se bazează pe ideile enunțate încă de către Weber în anul 1922. Autorul acordă o atenție deosebită factorilor determinanți ai alegerilor și ai motivațiilor legate de stilul de viață sănătos. În accepțiunea lui, comportamentul oamenilor este influențat în principal de modul lor de gândire, și de concepțiile lor cu privire la viața socială. Weber susține, de asemenea, că originea socială determină șansele de viață ale indivizilor (Weber, 1922, 1992).

În anii '50, Bourdieu a construit modelul stilului de viață pe baza preferințelor culturale și pe cea a stratificării sociale. El a introdus conceptul de „habitus”, acesta denotând acea structură de practici și dispoziții, – definite în funcție de contextualitatea culturală –, prin care se formează unitatea unui stil de viață. Habitusul indică deci structuri subiective, profunde, cu caracter dobândit, care au un rol generator și unificator în raport cu viziunea asupra lumii și cu manifestările concrete, comportamentale, ale personalității (Bourdieu, 1978).

Într-o abordare generală putem afirma că modul de viață, respectiv stilul de viață sănătos sunt definite de acele structuri („patternuri”) ale comportamentului de sănătate care se bazează pe alegerea între situațiile și posibilitățile concrete de viață ale oamenilor (Cockerham și col., 1993).

În viziunea lui Giddens (2000), alegerea stilului de viață, atât în cazul individului, cât și în cel al familiei, este influențată de factori cum sunt presiunile grupului, modelele de rol acumulate sau însușite, cât și circumstanțele sociale și economice. Aparținerea la un anumit grup sau la o categorie socială presupune acceptarea stilului de viață al acestora, atât în ceea ce privește satisfacerea nevoilor, cât și sub aspectul formării identității individuale. Interpretările moderne reliefează în mod special modelele integrative ale stilului de viață, subliniind interacțiunea a numeroși factori care au impact asupra sănătății.

Studiile asupra stilului de viață analizează strategiile de comportament de care dispun oamenii, în vederea remedierii discrepanței dintre nevoile și abilitățile lor și posibilitățile create și susținute de mediul în care trăiesc (Benkő, 2000).

Autorul descrie stilul sănătos de viață cu ajutorul conceptelor de „alternative de viață” și „șanse de viață”. Prin alegerea alternativelor de viață oamenii iau singuri deciziile privitoare la sănătate, în funcție de motivațiile proprii și în vederea realizării unui anumit scop. Astfel, adoptarea unui stil de viață sănătos devine o performanță individuală atinsă în mod conștient de către fiecare individ în parte. În consecință, starea de sănătate nu este ceva dat în mod automat, ci mai degrabă o stare la care ajunge fiecare om prin eforturi proprii. Ele vor constitui astfel rezultatele acțiunilor conștiente și orientate spre scopul menținerii sănătății (Benkő, 2000).

Stilul de viață este descris de către Sarafino (1990, 2011) ca însumând acțiunile și deciziile voluntare care afectează starea de sănătate, subliniind în același timp dependența sănătății de comportamentul individual și social. În viziunea autorului, comportamentul individual și social cuprind conduite care pot influența în mod pozitiv

(prin factori de menținere a sănătății) sau în mod negativ (prin factori de risc) starea de sănătate fizică sau pe cea psihică a unei persoane.

În prezent, în scopul realizării schimbărilor comportamentale riscante, pare să se pună un accent tot mai mare pe abordările cognitive. În același timp, însă, relația dintre comportament (de exemplu ratele de violență sau cele de nașteri la vârsta adolescenței) și nivelul de sărăcie relativă a anumitor comunități ridică întrebări serioase cu privire la încadrarea comportamentului de sănătate, în termeni de alegere proprie a „stilului de viață” sau de deficite cognitive. Uneori comportamentele dăunătoare sănătății pot fi o opțiune rațională sau o strategie de supraviețuire, care este intensificat constant de statutul social inferior asociat cu aceasta (Friedli, 2009).

Pikó (2002) integrează conceptul de *sănătate* în *stilul de viață*, care înglobează deopotrivă factorii de personalitate ai individului, caracteristicile statutului social și specificitatea comunității.

Prin urmare, mediul natural și social în care oamenii trăiesc, resursele materiale și psihologice de care aceștia dispun, capacitatea de a face față problemelor, succesele și satisfacțiile acumulate, toate pot constitui factori determinanți ai stării de sănătate. Sănătatea poate fi interpretată, deci, ca un proces continuu al dinamicii unei multitudini de factori. Prin *starea de sănătate* înțelegem o stare de echilibru dinamic în relațiile individului cu mediul social, ceea ce permite creșterea duratei de viață, a calității vieții, în timp ce pierderea ei constituie o problemă socială, ce influențează întreaga societate (Bandura, 2005).

Sunt cunoscute numeroase definiții ale conceptului de sănătate, acestea suferind modificări substanțiale de-a lungul anilor. În secolul al XIX-lea s-a pus accentul pe aspectele fizice ale sănătății, iar definițiile au vizat lipsa oricărei indispoziții fizice. (Millstein și Litt, 1990) Tendința actuală, însă, este de a privi sănătatea implicând deopotrivă fizicul, psihicul și factorii sociali (Gochman 1971; Taylor 1991). Mulți cercetători definesc astăzi sănătatea nu numai în funcție de starea fizică a cuiva, ci și de atitudinea acelei persoane față de sănătate, de percepțiile factorilor de risc, de obiceiurile alimentare și de alți diverși factori ai mediului. Luând în considerare starea de sănătate a adolescenților, aceasta este determinată deopotrivă de factori cognitivi, sociali și comportamentali.

Potrivit lui Gochman (1988), definiția sănătății ar trebui să aibă în vedere trei perspective.

- Cea dintâi subliniază aspectul biologic al sănătății și este centrată pe factori cum sunt disfuncționalitatea fiziologică sau simptomele evidente de boală.
- A doua perspectivă se referă la rolurile sociale pe care indivizii ar trebui să le îndeplinească. Astfel, acei tineri care nu adoptă comportamente în conformitate cu aceste roluri sunt susceptibili de a fi etichetați drept „devianți”.
- A treia perspectivă este abordarea psihologică. Acest punct de vedere subliniază atitudinile și percepțiile individului. Conform acesteia, experiența personală precum și factorii cognitivi constituie predictorii stării de bine sau stării de boală ai unei persoane.

Cele mai multe comportamente legate de sănătate se manifestă sub influența controlului personal, respectiv al deciziei individului de a adopta sau nu anumite comportamente. Conceptul „*locus of control*” s-a dovedit extrem de util în înțelegerea motivațiilor adolescenților în general și în angajarea acestora în adoptarea a unor comportamente de sănătate sau de risc. Persoanele caracterizate de un „*locus of control*” intern consideră că evenimentele din viața lor țin de propria lor responsabilitate. În contrast, oamenii care sunt caracterizați de locul controlului extern privesc evenimentele din viața lor ca fiind datorate în mare parte norocului sau întâmplării. Studiile dovedesc totodată implicarea locului controlului într-o gamă largă de comportamente și atitudini legate de sănătate. Astfel, adolescenții care sunt caracterizați de locul controlului intern dovedesc șanse mai mari de a practica comportamente sănătoase (Lau, 1988).

Modul de gândire pesimist sau atribuțiile negative s-au dovedit a fi strâns asociate cu starea de sănătate precară, dar și cu trăsături de personalitate, cum ar fi aprecierea de sine scăzută sau singurătatea (Peterson, Seligman și Valliant, 1988).

Specialiștii din Organizația Mondială a Sănătății (OMS) definesc **sănătatea** ca o „integritate anatomică și funcțională, capacitate de confruntare cu stresul fizic, biologic, psihic și social, capacitate de protecție împotriva îmbolnăvirilor și decesului prematur, confort fizic, psihic, social și spiritual, ca stare de bine” Totodată sănătatea este privită ca o resursă pentru a trăi o viață productivă, iar lipsa ei poate împiedica atingerrea scopurilor de viață (OMS, 1946)².

Din această perspectivă, deci, sănătatea nu poate fi privită ca o stare pe care cineva o are în întregime sau o pierde în întregime. Starea de sănătate completă este aproape la fel de iluzorie ca și cea a fericirii. Complexitatea stării de sănătate este dată de dimensiunile, componentele și gradele diferite pe care le presupune. O posibilă structură a abordărilor legate de conceptul de sănătate este descrisă de Adriana Băban, astfel (Băban, 2002, p. 14):

- I. *Dimensiunile sănătății*: biologică (anatomică, fiziologică și biochimică); psihologică (cognitivă, emoțională, comportamentală); socio-profesională (roluri, relații, aspirații); spirituală (valori, religie, experiențe non-cotidiene);
- II. *Componentele sănătății*: absența bolii, a disfuncției și a dizabilității, rezistență fizică și fiziologică; atitudinea pozitivă față de viață (percepția scopului și a semnificației vieții); asumarea controlului propriei vieți; acceptarea propriei persoane; relaționare socială pozitivă; stare subiectivă de bine;
- III. *Grade ale sănătății*: sănătate optimă; sănătate aparentă; sănătate precară; sănătate foarte precară.

Conform lui Băban (2003), factorii care influențează starea de sănătate pot fi grupați deci în trei mari categorii:

1. factori biologici;

² Preambulul Constituției WHO, adoptat de Conferința Internațională a Sănătății, New York, 19–22 Iunie, 1946; semnat pe 22 Iulie 1946 de către reprezentanții a 61 de state (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100)

2. factori de mediu (apă, aer, sol, fizici, chimici, biologici, sociali);
3. stilul de viață (comportament alimentar, sexual, abuz de substanțe, stare emoțională).

Comportamentul de sănătate pozitiv este rezultatul unor tendințe naturale de conduită ale oamenilor, în timp ce o serie de comportamente cu risc pentru sănătate (de exemplu fumatul, consumul de alcool) sunt rezultatul deciziilor luate de către indivizi. Aceste acțiuni spontane și decizii influențează starea de sănătate și își pun amprenta asupra stilului de viață adoptat (*Matarazzo și col., 1984*).

Într-o conceptualizare sociologică, în scopul elucidării rolului factorilor psihosociali asupra sănătății, *Martikainen (2002)* propune o distincție între trei niveluri: macro-, mezo- și microsocial. Nivelul mezosocial, conține formațiuni sociale cum sunt instituțiile religioase, familia, sau locurile de socializare. Acestea sunt modificate de către structurile nivelului macrosocial legate de proprietățile imobiliare, structurile legale de distribuția veniturilor și a altor resurse între grupuri și indivizi. În contextul sănătății, deci, componentele psihosociale ale nivelului mezosocial sunt rețelele sociale și suportul social, echilibrul dintre efortul depus și recompensele obținute, siguranța și autonomia individuală. Acestea se manifestă în relațiile interpersonale, au implicații importante asupra modului de viață, și – în consecință – asupra stării de sănătate ale unei persoane. Conform autorului citat, o componentă centrală a explicațiilor sănătății constituie acele percepții și procese psihologice la *nivel individual* care se manifestă în procesele sociale ale nivelurilor *macro- și mezosociale*. Schimbările psihologice individuale pot influența sănătatea în mod direct prin procesele psihobiologice sau indirect, prin modificarea comportamentelor și a stilului de viață.

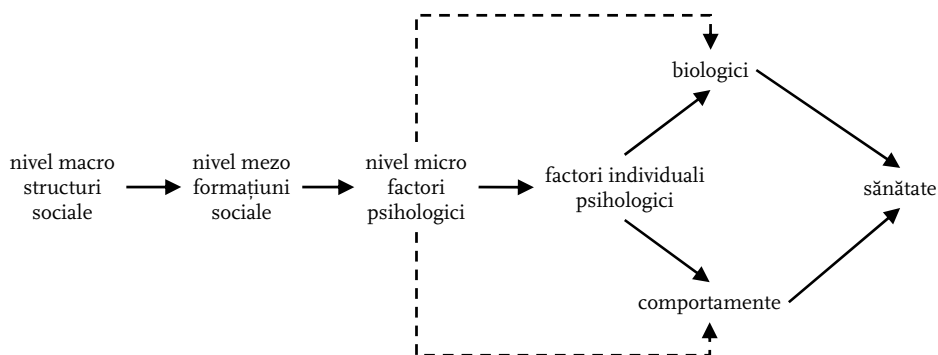


Figura 1.1. Reprezentarea factorilor psihosociali implicate în menținerea sănătății
(sursa: Martikainen și col., 2002, p. 1092)

Autorul aduce clarificări importante cu privire la surprinderea în ansamblu a proceselor care stau la baza explicațiilor psihosociale ale sănătății. Mulți factori psihologici, cum sunt – de exemplu – evenimentele stresante de viață, șomajul sau lipsa suportului social nu impun întotdeauna procese sau explicații de natură psihosocială. Lipsa locului de muncă va conduce la pierderea veniturilor și la incapacitatea de a cumpăra cele necesare. Acest fapt în sine nu necesită o explicație psihosocială legată

de sănătate. Însă, procesele și mecanismele psihosociale care se manifestă în perioada șomajului, pot conduce la scăderea încrederii persoanei în propria valoare sau la apariția sentimentului de inutilitate. În mod asemănător, rețelele sociale pot asigura beneficii materiale și instrumentale, diverse facilități, relații apropiate cu alte persoane și suport emoțional. Totuși, doar unele dintre acestea s-au dovedit a fi procese psihosociale, cum sunt suportul emoțional sau calitatea relațiilor interpersonale, acestea având impact asupra sănătății (Martikainen și col., 2002).

Dacă starea de sănătate permite unei persoane să se manifeste într-un mod eficient, diferențele cu privire la gradul de sănătate explică inegalitățile în capacitatea de funcționare a oamenilor. *Sănătatea mentală* constituie un factor determinant, care explică relația dintre nivelurile scăzute ale stării psihice reconfortante și o serie de comportamente autodăunătoare, cum sunt neglijarea propriei persoane, neglijarea altora, precum și alte comportamente de risc (Friedli, 2009).

Factorii sociali nu determină doar îmbolnăvirea unei persoane, ci – în același timp – formează anumite modele de sănătate și de boală în rândul populației (de exemplu prin sprijinul sau îngreunarea adaptării, atenuarea sau agravarea simptomelor în funcție de nivelul de asigurare a accesului la serviciile medicale). Totodată, definește modalitatea trăirii experienței bolii a oamenilor alături de identificarea cauzalității bolii (Cockerham, 2007).

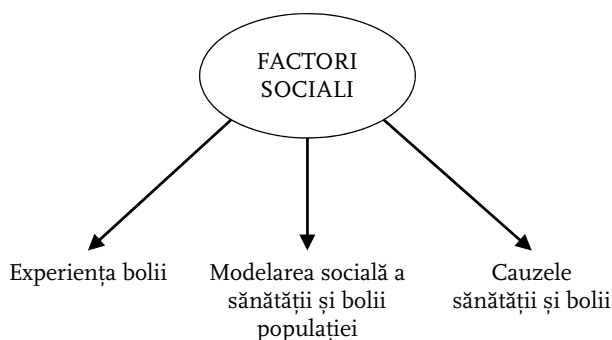


Figura 1.2. Efectele directe ale factorilor sociali asupra sănătății și bolii
(sursa: Cockerham, 2007, p. 9)

Knowles (1977) susține că majoritatea indivizilor se nasc sănătoși, dar ei devin ulterior bolnavi în urma unor *comportamente nesănătoase* și a acțiunilor nocive ale unor factori de mediu naturali și sociali. Acest proces de scădere a nivelului stării de sănătate poate fi diminuat deci prin adoptarea unui *comportament sănătos*.

Studiile care au investigat opiniile de viață asupra sănătății și a bolii la copii au dovedit că formarea acestora este strâns legată de dezvoltarea individuală cognitivă, creând bazele ulterioare ale comportamentelor de sănătate (vezi Gochman, 1971; Campbell, 1975; Dielman și col. 1980).

Cercetătorii au încercat clarificarea etapelor de dezvoltare a concepțiilor de boală și de sănătate ale copiilor. Rezultatele lor au arătat că copiii mai maturi din punct de cognitiv dovedesc un nivel mai ridicat de control asupra bolii și a procesului de

vindecare. Adesea, copiii mai mici percep boala ca rezultatul comportamentelor lor nedorite, și ca o formă de pedeapsă. De asemenea, copiii mai în vârstă descriu în mod mai clar simptomele bolii, natura unei boli sau a durerii, în cazul în care ea există. Rezultatele cercetărilor dovedesc conștientizarea, de către copiii mai mari, a legăturilor între aspectele psihologice, sociale și afective ale bolii (*Burbach și Peterson, 1986*).

Prin urmare, putem susține că, în măsura în care copii se maturizează cognitiv și devin capabili să gândească într-un mod mai rațional, se produc schimbări importante în conceptualizările lor legate de sănătate și boală (*Santrock, 1990; Millstein, 1991*). Aceste schimbări vor constitui apoi fundamentele comportamentelor asociate cu menținerea sănătății și cele ale prevenirii îmbolnăvirilor.

Conceptele de *comportament de sănătate* și *comportament de risc* denotă modalitățile comportamentale activ orientate spre apărarea și menținerea stării de sănătate, respectiv spre evitarea comportamentelor de risc, cum sunt de exemplu fumatul sau petrecerea pasivă a timpului liber, alimentația nesănătoasă și consumul de substanțe nocive (*Aszmann, 2003, Németh 2007, 2011*).

Studiile din domeniu identifică mai multe componente care alcătuiesc comportamentul de sănătate, acestea interacționând în scopul menținerii stării de sănătate (*Albert-Lőrincz, 2009*).

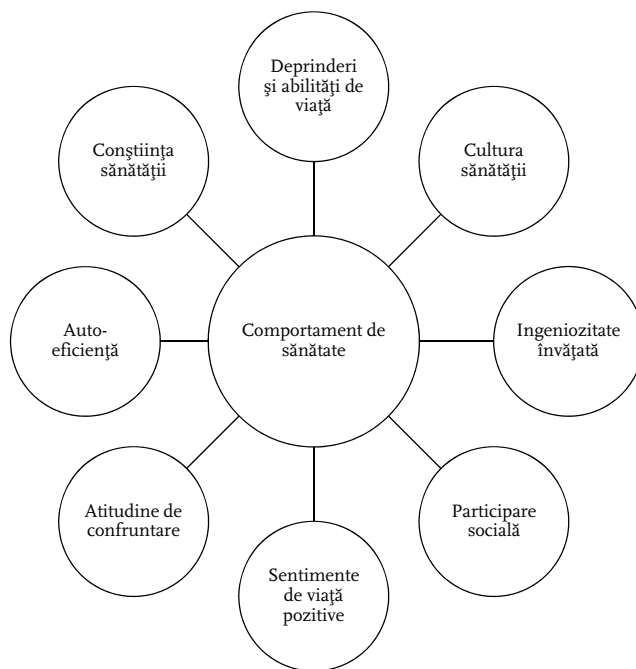


Figura 1.3. Elementele comportamentului de sănătate
(sursa: *Albert-Lőrincz, 2009, p. 22*)

Conform modelului de mai sus (*Albert-Lőrincz, 2009*), comportamentul de sănătate este determinat de interacțiunea între sentimentele de viață pozitive, abilitățile

eficiente de planificare a vieții, conștiința optimă a stării de sănătate și educația pentru sănătate, eficiența proprie, ingeniozitatea învățată, atitudinea activă de confruntare și implicarea socială.

Transformarea modelelor de comportament nefavorabile sănătății poate fi un proces lung și dificil, din cauza complexității comportamentului înșăși, respectiv a factorilor biologici, sociali și culturali implicați în formarea atitudinilor și acțiunilor individuale față de sănătate. În accepțiunile teoretice moderne modul de viață și tehnicile de management a stresului constituie cheia păstrării stării de sănătate (Pikó, 2002).

La nivelul personalității **comportamentele cu risc pentru sănătate** au la bază factori psihologici, provenind din structura motivațional-afectivă a individului (Albert-Lőrincz, 2009).

Studiile susțin că influența climatului social, reprezentat de influențele celor din jur (familie, prieteni, colegi de școală, profesori) au o importanță deosebită în perioada adolescenței, oferind și asigurând structurarea unor modele comportamentale cu caracter favorizant sau defavorizant adaptării, cu implicații directe asupra sănătății (Iamandescu, 2005).

Conform cercetărilor lui Pikó (2002), comportamentul referitor la sănătate al tinerilor este influențat de mai mulți factori, dintre care autoarea evidențiază suportul social din partea familiei și a mediului școlar. În perioada adolescenței are loc o schimbare majoră în atitudinea față de starea de sănătate, ca urmare a ponderii tot mai mari în viața copiilor a rolului prietenilor și a grupului de aceeași vârstă, în dauna influenței mediului familial și a controlului parental (Pikó, 2002).

Adolescența reprezintă perioada cea mai vulnerabilă din punctul de vedere al apariției și a frecvenței comportamentelor de risc pentru sănătate. Conform cercetărilor (Lohaus și col., 2009), începând cu perioada copilăriei târzii, frecvența comportamentelor cu risc crește semnificativ, concomitent cu scăderea numărului comportamentelor de protecție a sănătății.

Analiza comportamentului referitor la starea de sănătate se poate efectua din prisma comportamentului de prevenire a bolii și din perspectiva comportamentului legat de menținerea stării de sănătate. Studiile care descriu comportamentul pozitiv privitor la sănătate prin comportamente care au ca scop prevenirea bolii evidențiază evitarea fumatului, a consumului excesiv de alcool și a substanțelor ilicite sau evitarea alimentației nesănătoase. Printre comportamentele care ajută la menținerea stării de sănătate cercetătorii au enumerat, de exemplu, efectuarea analizelor medicale periodice, menținerea echilibrului între orele de muncă și cele de odihnă, mișcarea fizică corespunzătoare zilnică și respectarea normelor igienice (Matarazzo, 1984, Ogden, 2007).

Jessor (1991) subliniază, în descrierea cercetărilor referitoare la comportamentele de risc ale adolescenților, că acestea ar trebui să includă, pe lângă consumul de alcool sau droguri ori delincvența, și alte comportamente externalizate cum ar fi formele comportamentului sexual neprotejat și conducerea riscantă a vehiculelor, sub influența alcoolului sau fără purtarea centurii de siguranță (Jessor, 1991). Autorul distinge patru mari domenii de analiză, extrem de utile în elaborarea studiilor teoretice și empirice ulterioare. Acestea sunt:

- în locul analizei doar a unui singur comportament de risc specific adolescentului, se impune o nouă abordare, prin luarea în considerare a modelelor sau „patternurilor” caracteristice comportamentului, fie el adaptive sau maladaptive;
- propune distincția dintre traiectoriile variate ale dezvoltării care pot conduce la anumite comportamente de risc caracterizate ca având o persistență diferită pe parcursul anumitor etape ale vieții. Această distincție va avea implicații asupra abordărilor noi în elaborarea intervențiilor;
- conștientizarea crescută a fundamentelor biologice ale comportamentelor de risc și ale interacțiunii lor cu alte comportamente;
- interesul manifestat înspre dimensiunile contextului, relevante din punct de vedere al sănătății mentale (*Silbereisen in Jessor, 1997*).

1.2.2. Sănătatea mentală și rolul ei în comportamentul de sănătate al adolescenților

Analiza comportamentului de sănătate al adolescenților din perspectiva sănătății mentale reliefează factorii de personalitate care influențează starea de sănătate și care joacă un rol important în menținerea sănătății și bunei funcționări mentale. Sănătatea mentală este considerată de către specialiști ca un produs social: prezența sau absența sănătății mentale este mai presus de toate un indicator social și, prin urmare, necesită atât soluții la nivel social, precum și la nivelul individului (*Friedli, 2009*).

Sănătatea mentală influențează atât stilul de viață sănătos și starea de sănătate fizică sau recuperarea după boală, cât și scăderea limitărilor din viața cotidiană a adolescenților. Totodată, conduce la relații interpersonale mai bune între adulți și copii, la o coeziune socială mai ridicată și la îmbunătățirea calității vieții, în general. Consecințele acestor influențe nu se datorează în mod necesar doar lipsei unei boli mentale, ci sunt strâns asociate cu prezența sănătății mentale pozitive, descrisă de cercetători ca „starea de bine” (*Friedli, 2009*). În același timp, comportamentele vizând sănătatea sunt modelate social, ele fiind strâns legate de circumstanțele sociale, culturale și materiale ale adolescenților (*NICE, 2007*)³.

Sănătatea mentală este definită prin performanțele în funcționarea mentală a unei persoane, concretizate în activități productive, în menținerea relațiilor interpersonale cu cei din jur, în abilitatea de a se adapta schimbărilor și de a face față situațiilor problematice (*U.S. Department of Health and Human Services 2001*)⁴.

³ National Institute for Health and Clinical Excellence (2007) *Social value judgements: principles for the development of NICE guidance*.

http://www.nice.org.uk/getinvolved/patientandpublicinvolvement/opportunitiestogetinvolved/citizenscouncil/socialvaluejudgementsguidelines/social_value_judgements_guidelines.jsp, p. 23–26.

⁴ U.S. Department of Health and Human Services. (2001). *Mental Health: Culture, Race, and Ethnicity – A Supplement to Mental Health: A Report of the Surgeon General*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services.

Studiile au dovedit că netratarea bolilor mentale pot conduce la performanțe școlare scăzute, la relații interpersonale ineficiente, la un nivel ridicat al stresului, la manifestări de violență și de abuz de diferite substanțe cu risc pentru sănătatea adolescenților (Mooney, Knox și Schacht, 2011).

Contribuția relativă asupra sănătății mentale a caracteristicilor individuale (cum sunt exprimarea emoțiilor, abilitățile sociale și cognitive), a contextului social (colegii, rețelele sociale, relațiile interpersonale), și a factorilor de natură materială (venitul familiei, accesul la servicii de sănătate) este dificil de deslușit. Intervențiile menite să îmbunătățească comportamentul de sănătate prin promovarea sănătății mentale (de exemplu programele școlare de specialitate) încearcă deseori să abordeze toate cele trei domenii (Rogers și Pilgrim, 2003).

Relația dintre factorii socio-economici și comportamentul de sănătate ridică o serie de semne de întrebare. Astfel, anumite trăsături ale contextului pot favoriza comportamentele dăunătoare sănătății, acestea constituind strategii de supraviețuire în fața unor multitudini de probleme, cum este, de exemplu, apariția furiei și a disperării provocate de sărăcie, a condițiilor precare de locuit sau de excluderea socială și de statutul social scăzut (Rogers și Pilgrim, 2003).

Declarațiile și planurile de acțiune ale OMS au dovedit că au o contribuție semnificativă în promovarea sănătății mentale în Europa (OMS, *Declarația de sănătate mentală pentru Europa*, 2005)⁵. Temele importante care apar în aceste documente sunt:

- prosperitatea socială și economică va depinde de îmbunătățirea sănătății mentale și a stării de bine națiunilor;
- sănătatea mentală și starea de bine sunt esențiale pentru calitatea vieții;
- sănătatea mentală influențează: capacitatea și motivația pentru comportamente sănătoase, riscurile îmbolnăvirilor cronice, accesul individului la serviciile de îngrijire a sănătății și la tratament (Friedli, 2009).

Deși asocierile dintre sănătatea mentală pozitivă și anumite consecințe ale acesteia asupra funcționării adolescenților în viața lor cotidiană s-au dovedit a fi solide, identificarea mecanismelor concrete care explică aceste relații constituie un demers complex, plin de provocări. Cercetătorii au stabilit unele căi posibile ale studiilor din domeniu, centrate pe componente, cum sunt rolul suportului social, soluționarea stresului și răspunsurile fiziologice asociate acestuia (Pressman și Cohen, 2005).

Starea de sănătate mentală a unui adolescent poate fi definit prin gradul de flexibilitate manifestat și prin eficiența de adaptării acestuia la diferite situații de viață. De asemenea, sănătatea mentală constituie un factor de mediere asupra modului în care adolescenții fac față stresului, iau decizii și funcționează pe plan interpersonal, prin intermediul propriilor resurse, așa cum sunt încrederea și autoaprecierea, optimismul și speranța în viață (Piotrowski, 2010).

Funcționarea optimă în mediul social al adolescenților include atât lipsa bolii cât și prezența stării de bine (Seligman și Csikszentmihalyi, 2000). Absența distresului are

⁵ WHO (2005) *Mental Health Declaration for Europe: Facing the Challenges, Building Solutions*. European Ministerial Conference on Mental Health Facing the Challenges, Building Solutions Helsinki, Finland, 12–15 January 2005

o importanță majoră, dar prezența dispozițiilor afective pozitive, cum sunt fericirea și entuziasmul, s-au dovedit la fel de relevante (*Diener, 1984; Wilkinson și Walford, 1998*).

1.3. Perspective teoretice în studiul comportamentului de sănătate

1.3.1. Teorii sociologice ale comportamentului de sănătate

Studiul sănătății din punct de vedere sociologic a fost influențat în mod decisiv de numeroase studii de bază ale acestui domeniu. Astfel, amintim descrierea stilului de viață prin introducerea conceptului de „habitus” de către *Bourdieu (1978)*, analiza alegerilor și motivațiilor stilului de viață sănătos de către *Weber (1992)* și descrierea influențelor presiunii grupului și a modelelor de rol însușite asupra stilului de viață în lucrarea lui *Giddens (2000)*. *Giddens* susține că adoptarea comportamentelor de sănătate se materializează în capacitatea de îndeplinire a sarcinilor legate de diferitele roluri sociale (cum sunt cele de părinte, soț, fiu sau fiică, prieten), într-un mod eficient și însoțit de satisfacție. Îndeplinirea eficientă a acestor roluri presupune însă și asumarea diferitelor responsabilități și riscuri. De asemenea, se impune și o comunicare reciprocă eficientă, deoarece relaționările sănătoase nu se derulează niciodată într-un singur sens (*Giddens 2000*).

În viziunea lui *Cockerham (1993, 2005)*, stilul de viață sănătos constă în acele modele ale comportamentului de sănătate care sunt bazate pe opțiunile individuale în diferitele situații și împrejurări de viață.

În scopul menținerii stării de sănătate a adolescenților pe plan social, trebuie luate în considerare prezența anumitor nevoi și motivații ale personalității lor, precum cele legate de dragoste, intimitate și de apartenență. Adolescenții care sunt privați de împlinirea acestor trebuințe, pot adopta comportamente care amenință starea lor de sănătate și conceptul lor de bine, favorizând astfel manifestările din sfera devianței și a patologiei sociale (*Cockerham 2010*).

Factorii sociali au un rol important în formarea anumitor modele de sănătate și de boală în rândul adolescenților (de exemplu, prin sprijinul sau îngreunarea adaptării lor, prin atenuarea sau agravarea simptomelor, prin asigurarea accesului la diferite servicii de îngrijire) (*Cockerham, 2007*).

Sănătatea și comportamentul de sănătate sunt studiate de către sociologia medicală (ramură importantă a sociologiei centrate pe psihosociologia sănătății publice și sociale – după *Wainwright, 2008; Pescosolido, Martin, McLeod și Rogers., 2011*) prin intermediul a trei perspective teoretice majore: funcționalismul structural, teoria conflictualității și interacționismul simbolic (*Gabe, Bury și Elston, 2004, p. 228*). Aceste abordări contribuie semnificativ la sporirea înțelegerii concepțiilor legate de boală și de îngrijirea sănătății.

Fiecare perspectivă concepe diferit starea de sănătate, stilul de viață, respectiv structura și rolul sistemului medical în menținerea stării de sănătate. De exemplu, dacă ne referim la consumul de droguri, funcționalismul structural susține că abuzul de droguri este un răspuns dat la slăbirea normelor din societate, conducând la o

condiționare cunoscută în sociologie ca anomia sau lipsa de norme. Din perspectiva conflictualistă, consumul de droguri apare mai degrabă ca un răspuns la inegalitățile perpetuate de structurile sociale, la care membrii resimt consecințele acestuia la locul de muncă, în familie și chiar în relațiile lor cu prietenii. Interacționismul simbolic se centrează pe semnificațiile sociale asociate consumului de droguri. În cazul în care consumul de droguri este asociat unor sentimente de plăcere, va crește probabilitatea de a recurge din nou la acest comportament, iar persoana va fi etichetată drept „consumator de droguri” (*Mooney, Knox și Schacht, 2011, p. 104*). Vom trata mai detaliat în cele ce urmează aceste perspective sociologice majore.

1. Paradigma funcționalistă

Conform paradigmei funcționaliste, promovarea și îngrijirea sănătății se bazează pe acele instituții sociale care au funcția de a sprijini starea de bine a membrilor societății și prin urmare al sistemului social ca întreg. În consecință, boala poate fi privită ca o disfuncționalitate în performanțele legate de îndeplinirea rolurilor sociale. Perspectiva funcționalistă subliniază influența reciprocă între schimbările din societate și starea de sănătate a unei națiuni. De asemenea, starea de sănătate va avea un rol esențial în optimizarea funcționării sociale a diferitelor categorii sociale (*vezi Durkheim, 1974; Weber, 1922; Parsons, 1951; Merton, 1938 In Cockerham, 2010*). În acest context instituțiile de îngrijire a sănătății determină diagnosticarea și tratarea afecțiunilor și acțiunile de prevenire a apariției bolilor. În scopul eficientizării acțiunilor de îngrijire a sănătății sunt utilizate atât programele de asistență primară, cât și rezultatele cercetărilor științifice din domeniu. Aceste instituții pot fi privite ca foruri ale controlului social, prin abilitatea lor de a circumscrie comportamentele umane, fie ele normale, fie deviante (*după Lupu și Zanc, 1999*). Rolul de bolnav este conceput de *Parsons (1951)* prin prisma așteptărilor culturale ce definesc comportamentele adecvate sau inadecvate ale persoanelor bolnave. Autorul consideră că „statutul de bolnav” se asociază deseori cu numeroase trăsături comune cu rolul de deviant, și în consecință va afecta funcționarea socială a persoanei în mod negativ.

Această abordare sociologică atrage atenția asupra disfuncționalităților latente sau ale consecințelor negative mai dificile de recunoscut, ale modelelor comportamentale sociale (*Mooney, Knox și Schacht, 2011*).

Structural – funcționalismul (*după Parsons, 1951*) consideră că elementul de bază al analizelor sociologice este nu atât individul, ci mai degrabă societatea. Structurile și funcțiile societale sunt considerate sisteme sociale a căror interdependență asigură echilibrul întregului ansamblu social, fundamentat normativ, printr-un consens valoric al membrilor societății.

În această accepțiune individul este privit a fi drept conformist, suprasocializat și care se supune atât presiunilor externe din partea mecanismelor instituționalizate, cât și presiunilor interne, prin procesul de socializare. În consecință, devianța comportamentului este acceptată social, numai în cazurile de boală, persoana bolnavă fiind scutită de îndeplinirea rolurilor, a obligațiilor și responsabilităților pe care ar trebui să le îndeplinească în mod normal (*Parsons, 1951*).

Teoria structuralistă subliniază că societatea, prin structurile sale, exercită un impact global asupra membrilor și, totodată, îi ghidează pe aceștia spre anumite modele

comportamentale prestabilite, care vor susține starea de sănătate sau de boală. Structuralismul consideră performanțele umane ca fiind pe deplin „determinate” de societate, evidențiind importanța fenomenelor sociale (cum sunt, de exemplu, sărăcia sau boala) (Morrall, 2009).

Studiile sociologice (Durkheim, 1895; 1974; Mead, 1943, In Cockerham, 2010) au detaliat procesele de interiorizare al structurilor sociale obiective în structuri de personalitate, efectuând o distincție între obiectiv și subiectiv (de exemplu, între „existență socială” și „conștiință socială”, între „fapt social” și „conștiință”, între „sistem social” și „sistem al dispozițiilor – necesităților personalității”).

Teoria devianței comportamentale este una dintre cele mai relevante perspective pentru cercetarea noastră, din domeniul paradigmei structural-funcționaliste (Merton, 1938). În perspectiva teoriei devianței comportamentale, problema socială reprezintă o încălcare a așteptărilor normative ale societății, iar comportamentul sau situația care se abate de la aceste norme constituie devianța. Astfel, comportamentele de risc care favorizează apariția bolilor prin acțiuni sau deciziile ce țin de stilul de viață denotă abateri de la normalitate și, în consecință, pot fi considerate deviante. Aceste abateri comportamentale pot fi explicate prin socializarea inadecvată sau prin învățarea comportamentelor deviante (de exemplu imitarea de către adolescenți a comportamentelor de risc, cum ar fi fumatul, consumul de alcool sau de droguri).

2. Paradigma conflictualistă

Paradigma conflictualistă se concentrează pe modul în care bunăstarea sau nivelul sărăciei, statutul social și motivațiile obținerii profiturilor economice influențează boala și îngrijirea sănătății. Reprezentanții acestei abordări evidențiază modalitățile prin care diferite grupuri puternice sau corporații înstărite influențează politicile din domeniul sănătății. Reprezentanții teoriei aduc critici aspre companiilor farmaceutice și de îngrijire a sănătății, pentru a obține profituri, provenite de fapt din starea de sănătate precară a oamenilor (Mooney, Knox și Schacht, 2011).

Teoria conflictualismului consideră că serviciile de îngrijire medicală nu sunt accesibile în măsură egală pentru toți membrii societății. În viziunea lor serviciile de sănătate pot fi condiționate de capacitatea financiară a unui individ, rezultând dintr-o stratificare socială care va genera mai apoi inegalități sociale importante (după Lupu și Zanc, 1999).

Din această perspectivă, deci, problemele sociale sunt situații în care valorile diferitelor grupuri sociale se află în incompatibilitate. Astfel de situații sunt considerate însă normale, în societățile complexe, unde coexistă numeroase grupuri sociale, ale căror valori diferă. Majoritatea problemelor sociale pot fi înțelese prin analiza lor din punctul de vedere al valorilor diferite și prin puterea anumitor grupuri de a le impune altora. Putem vorbi, deci, în primul rând de un conflict al sistemelor de valori. În consecință, soluțiile ar putea consta în tipurile de negociere și de compromis între grupurile sociale (Marx, 1844, 1973 în Rubington și Weinberg, 2003; Weber 1992).

3. Paradigma interacționistă

Perspectiva interacționistă se concentrează pe analiza modului în care interpretările, definițiile și etichetele influențează percepția sănătății și bolii. Interpretările diferitelor fenomene sociale sunt învățate prin interacțiunile cu ceilalți sau prin mesajele și portretele din mass-media. În perspectiva simbolică, boala „nu există în mod natural, există doar condiții în care societatea sau grupul din interiorul acesteia definește boala” (Goldstein, 1999, p. 31).

În ceea ce privește abuzul de substanțe, de exemplu, acesta este definit social. Astfel, în măsura în care structurile sociale se schimbă, acceptabilitatea unui anumit drog se schimbă și el.

Interacționismul simbolic definește așadar, sănătatea și boala în funcție de tipul de societate. Astfel, în unele țări obezitatea este un semn al sănătății și bunăstării, iar în altele poate fi indicatorul unei boli mentale sau a lipsei de autocontrol (Mooney, Knox și Schacht, 2011).

Reprezentanții acestei perspective consideră că boala este de fapt o etichetă atribuită unei afecțiuni. Prin procesul interacțiunii sociale simbolice are loc definirea bolii, prin confirmarea sau infirmarea sa de către alte persoane. Astfel, unele afecțiuni nu sunt considerate anormale, iar altele sunt considerate drept boli, deși nu pot fi suficient argumentate prin cauze biologice certe și prin tratamente adecvate (Becker, 1963; Mead, 1934).

Mead (1934) a acordat o atenție deosebită situării și dezvoltării identității în societate, prin simboluri care mediază înțelegerea și comunicarea dintre indivizi în cadrul interacțiunilor reciproce.

În perspectiva celor care adoptă interacționalismul, oamenii interpretează și dau sens vieții lor, ei înșiși fiind cei care determină societatea. Pentru a analiza semnificațiile și interpretările acordate de indivizi și de grupuri vieții lor pot fi utilizate îndeosebi tehnicile calitative, cum ar fi observațiile în mediul lor real de viață sau interviurile de profunzime (Morrall, 2009).

Interacționalismul simbolic analizează fenomenul de stigmatizare a indivizilor cu sănătatea precară. Stigmatizarea se referă la aplicarea unor etichete care discreditează și care afectează atât perspectiva de sine a unei persoane, cât și integrarea socială completă a acestuia (Mooney, Knox și Schacht, 2011; Rubington și Weinberg, 2003).

Nu există îndoială că schimbările sociale rapide, anomia, sau alienarea/înstrăinarea pot fi urmate în unele cazuri, de consumul excesiv de droguri. Dacă un membru al societății este etichetat drept „consumator de droguri” și așteptările sociale sunt ca el să se comporte într-acest mod, adoptarea comportamentului va continua cu mare probabilitate. În cazul întăririi și/sau a unei predispoziții biologice față de consumul de droguri, șansele consumului excesiv de droguri dovedesc un nivel și mai ridicat de risc. Din exemplificările anterioare observăm că teoriile care aduc explicații fenomenului consumului de droguri se completează reciproc prin descrierea implicațiilor și prin condițiile generale ale problemelor sociale, respectiv ale impactului pe care acestea le exercită, afectând raporturile de familie, de muncă sau școlare ale persoanelor (Mooney, Knox și Schacht, 2011, pp. 104–105).

1.3.2. Abordări psihologice ale comportamentului de sănătate

În domeniul psihologiei sănătății există mai multe perspective teoretice prin care putem aborda factorii psihologici relevanți în comportamentul de sănătate (*Atkinson și col. 2002*). Trecem în revistă câteva dintre cei mai cunoscuți, și anume: biologic, comportamental, cognitiv, psihanalitic și fenomenologic, fără a avea însă pretenția unei descrieri exhaustive.

1. *Perspectiva biologică*. Studiarea omului din perspectivă biologică este o încercare de a explica comportamentul care poate fi observat pe baza activității electrice, psihofiziologice și biochimice, a organismului. Teoriile biologice își propun să prezinte procesele neuro-biologice care stau la baza comportamentului și a proceselor psihice (*Atkinson și col., 2002*).

Perspectiva biologică a înregistrat progrese semnificative (în urma unor experimente efectuate în special pe animale) în explicarea unor comportamente și procese psihice, cum ar fi învățarea, motivația și memoria. În urma cercetărilor efectuate s-a constatat că există anumite zone cerebrale ale căror stimulare electrică conduce la supraalimentare excesivă și la obezitate; de asemenea, s-au delimitat și zone care, stimulate electric, determină un comportament agresiv. Deși procesele psihice sunt mult mai complexe decât stimularea unei anumite zone cerebrale, aceste studii pe animale oferă o contribuție importantă adusă de știința biologiei la explicarea anumitor comportamente ghidate de motivațiile și emoțiile umane (*Atkinson și col., 2002*).

2. *Perspectiva comportamentală*. Perspectiva comportamentală studiază diferitele forme de manifestare a anumitor comportamente, bazându-se pe ideea că stimulii externi pot controla comportamentul. Avansată de *Watson (1913)*, perspectiva a devenit cunoscută sub denumirea de behaviorism. Experiențele descrise în cazul obezității și agresivității, de pildă, sunt explicate de către behaviorism prin intermediul relației stimul-răspuns. Astfel, unele persoane se supraalimentează (răspuns specific) doar în prezența unui stimul specific (de exemplu nivel de stres ridicat, emoție negativă). Învățarea modalităților de înlăturare a stimulilor specifici constituie o secvență importantă a programelor centrate pe controlul greutateii. Totodată, studiile dovedesc că în ceea ce privește agresivitatea la copii, de pildă, răspunsurile agresive se accentuează, dacă acest comportament este însoțit de retragerea sau evitarea unuia, comparativ cu situația în care comportamentul agresiv este urmat de un răspuns similar din partea celuilalt copil (*Atkinson și col., 2002*).

3. *Perspectiva cognitivă*. Cognitivismul (*Piaget, Inhelder, 1976*) studiază procesele psihocomportamentale (percepții, judecăți, decizii și rezolvarea problemelor), pornind de la ipoteza că numai prin studierea proceselor mentale pot fi înțelese acțiunile umane (de ex., prin înțelegerea procesării informației în cadrul percepției și memoriei), iar comportamentele pot fi interpretate în termeni de procese mentale. Astfel, în cazul agresivității, rolul cognitivității este evident, deoarece reacționăm mai agresiv la o insultă dacă aceasta vine din partea unei cunoștințe decât dacă vine din partea

unui necunoscut. Ceea ce diferă în cele două situații este nivelul de situare a raportului de relaționare interpersonală, într-un anumit moment al vieții (*Atkinson și col., 2002*).

4. *Teoria dezvoltării psihosociale*, propusă de *Erikson (1959)* susține că individul se confruntă cu o serie de conflicte care necesită o rezolvare în vederea dezvoltării unei personalități sănătoase. În teoria lui *Erikson*, conflictele sunt centrate pe relațiile individului cu ceilalți membri ai societății. *Erikson (1959)* a evidențiat opt stadii în teoria sa cu privire la dezvoltarea personalității umane, în fiecare stadiu, individul confruntându-se cu un anumit tip de conflict. Este necesară, însă, rezolvarea conflictelor inițiale pentru a-i asigura individului capacitatea de a le stăpâni pe cele ulterioare, procesul fiind considerat ca un progres pas cu pas. Deoarece cercetarea noastră vizează în mod particular perioada adolescenței, în părțile următoare ale lucrării vom descrie doar stadiul acestei vârste, centrate pe conflictul dintre formarea identității și îndeplinirea diferitelor roluri (*Erikson, 1959*).

5. *Perspectiva psihanalitică*. Teoria psihanalitică, elaborată de *Freud (1895)* susține că cea mai mare parte a comportamentului uman este determinat de procesele inconștiente, prin acestea înțelegându-se ansamblul credințelor, temerilor și dorințelor care, deși inconștiente, ne influențează totuși în mod pregnant comportamentul. Explicația psihanalizei, în cazul obezității, este legată de existența anxietății. Astfel, unii oameni mănâncă în situația în care sunt anxioși și, totodată, ei înșiși provoacă situația anxioasă pe care o vor contracara apoi prin adoptarea unui comportament care să le ofere satisfacție. Agresivitatea este privită de către psihanaliză ca un instinct și care exprimă o dorință înnăscută (*Freud, 1895, 2005*).

6. *Perspectiva fenomenologică*. Perspectiva fenomenologică are ca obiect principal de analiză trăirea subiectivă a unei experiențe, concentrându-se pe părerea subiecților în legătură cu anumite evenimente. O parte din teoriile fenomenologice au fost denumite umaniste, deoarece accentuează acele calități care diferențiază oamenii de animale, cum ar fi dorința de autorealizare sau de atingere a unui nivel de performanță superior. Conform acestei abordări, forța motivațională principală a omului este tendința lui de autorealizare, iar depășirea obstacolelor de orice natură se realizează în scopul de a satisface o tendință naturală de fructificare a potențialului individual (*Atkinson și col., 2002*).

Trecerea în revistă a principalelor orientări în analiza comportamentului uman subliniază complementaritatea abordărilor biologice cu cele psihologice (comportamental, cognitiv, psihanalitic) și fenomenologice (utilizate deseori și în literatura de specialitate). Astfel, pentru diferitele disfuncționalități comportamentale pot exista diferite motive determinante – atât biologice (o predispoziție genetică), cât și comportamentale (stimulii și reacțiile individuale la acestea) sau psihanalitice (o modalitate de a reduce o stare psihică nedorită).

Fiecare din abordările amintite oferă atât modele pentru înțelegerea comportamentelor, cât și a modalităților de modificare a acestora.

Cercetările din ultimele decenii au adus dovezi convingătoare cu privire la contribuția factorilor biologici, psihosociali și comportamentali asupra sănătății și a bolii.

Numeroase teorii au fost elaborate în scopul de a explica aceste asocieri. Eforturile centrate pe studiul activităților de prevenție au fost larg ghidate de aceste modele teoretice, unde interacțiunile dintre variabilele sociale și cognitive joacă un rol determinant (*Schneiderman, 2004; Kohler, Grimley, și Reynolds, 1999; Rutter și Quine, 2002*). Cele mai importante dintre teoriile și modelele explicative sunt: modelul siguranței în propria sănătate (termen engl.: Health belief model – HBM; *Rosentock, Strecher, și Becker, 1994*); teoria acțiunii raționale (engl. theory of reasoned action – *Ajzen și Fishbein, 1977, 1980*) și a comportamentului planificat (*Ajzen, 1991, 1998*); teoria cognitiv – socială a învățării (engl. social cognitive learning theory) (*Bandura, 1986, 1997*) și modelul transteoretic de schimbare a conduitelor umane (engl. the transtheoretical model of change) (*Prochaska și DiClemente, 1983*).

Fiecare dintre aceste modele teoretice evidențiază concepte-cheie care influențează comportamentului de sănătate și starea de sănătate.

Conceptele modelului încrederii în posibilitățile proprii de sănătate (HBM) au fost integrate în elaborarea intervențiilor, cu scopul de a crește probabilitatea adoptării unor comportamente normale de sănătate. Programele de prevenție bazate pe acest model includ mai multe componente, cum sunt:

- o componentă informațională, pentru a crește percepția riscurilor și beneficiilor unui anumit comportament;
- o componentă de însușire a competențelor sociale și cognitive care pot fi utilizate în inițierea comportamentelor dorite;
- componenta formării autoeficacității, care promovează menținerea unui comportament;
- componenta asigurării suportului social pentru susținerea schimbării (*Kohler, Grimley, și Reynolds, 1999*).

Teoriile acțiunilor raționale (engl. theories of reasoned action) (*Ajzen și Fishbein, 1977, 1980*) și a comportamentului planificat susțin că pentru apariția unei schimbări comportamentale persoana trebuie să dovedească o intenție puternică spre schimbare. Aceasta, la rândul ei, este determinată de: așteptări referitoare la rezultatele sau consecințele unui comportament; atitudinea și credințele legate de comportament; percepțiile referitoare la ceea ce consideră alții despre comportamentul adecvat (norme subiective); motivația de a corespunde așteptărilor altora și percepții despre controlul asupra comportamentului propriu (*Ajzen și Fishbein, 1980*).

Modelul transteoretic de schimbare a comportamentului (engl. transtheoretical model of change) (TMC; *Prochaska și DiClemente, 1983*) propune integrarea elementelor cheie ale schimbării comportamentale în anumite stagii/etape pe parcursul procesului de schimbare, așa cum sunt: precontemplare, contemplare, preparare, acțiune și menținere. Modelul afirmă că potrivirea unei intervenții la starea de disponibilitate și de pregătire a persoanei pentru schimbarea stării actuale vor determina eficacitatea producerii schimbării comportamentale.

Alte modele care ghidează promovarea comportamentelor de sănătate includ variabile cum sunt procesarea informațiilor sociale (*Joos și Hickam, 1990*) și percepțiile suportului social (*Gonzalez, Goepfinger, și Lorig, 1990*).

1.4. Modele explicative interdisciplinare ale comportamentului de sănătate la adolescenți

În scopul unei argumentări teoretice de ansamblu a cercetării de doctorat trecem în revistă câteva modele explicative relevante pentru abordarea noastră, care ilustrează implicațiile diferiților factori asupra comportamentului de sănătate.

Paradigma **bio-psiho-socială** încorporează atât achizițiile medicinei biologice, cât și variabilele psiho-comportamentale, sociale, culturale și ecologice, acestea constituind factori determinanți în etiologia și evoluția bolilor și a menținerii stării de sănătate (Matarazzo și col. 1984).

Factorii biologici se referă la constituția genetică, la apariția unor infecții sau a unor virusuri și la deficiențele constituționale ale indivizilor. Printre factorii psihologici enumerăm cognițiile, credințele, și emoțiile legate de sănătate. De asemenea, comportamentele de risc pentru sănătate, cum sunt fumatul, consumul de alcool, lipsa activității fizice, obiceiurile alimentare nesănătoase constituie factori psihogeni legați de sănătate. Factorii sociali constau în normele și regulile de comportament, influența grupului, influența parentală, locul sănătății în ierarhia valorilor sociale și statutul social.

Dahlgren și Whitehead (1991) au dezvoltat un **model al interacțiunii** individului cu mediul psihosocial, în care caracteristicile biologice ale individului (vârstă, sex, ereditate) sunt circumscrise influenței altor determinanți ai sănătății, precum factorii stilului de viață, condițiile de viață și de muncă, respectiv – la nivel macrosocial – condițiile socio-economice, culturale și de mediu.

Jessor (1991) a elaborat un model complex, care conține posibile cauzatii și consecințe ale comportamentului de sănătate/risc și ale stilului de viață în cazul adolescenților. Întrebarea pe care și-a adresat-o autorul a fost: care ar putea fi factorii de risc care predispon înspre „comportamente de risc”, căutând de fapt identificarea legăturilor de cauzalitate între aspectele considerate relevante în comportamentul de sănătate. În accepțiunea autorului, un cadru cuprinzător al factorilor psihosociali include cinci mari dimensiuni explicative: mediul social, mediul perceput, personalitatea, modalitățile comportamentale și factorii biologici/genetici. Împreună, factorii proveniți din aceste cinci dimensiuni vor constitui legăturile de cauzalitate printr-un cadru general-explicativ al comportamentelor de risc al adolescenților. Figura 1.4. ilustrează aceste asocieri.

Cockerham descrie **modelul stilului de viață sănătos** (Cockerham 2005, 2010), prin care susține că un comportament adecvat de sănătate este rezultatul interacțiunii procesului de socializare, a mediului economic și a culturii sociale contextuale a individului (figura 1.5.)

În accepțiunea lui Betancourt și Flynn (2009), analizele privind comportamentele de sănătate cuprind deseori implicațiile factorilor culturali prin prisma categoriilor de etnie, sex sau statut socio-economic (SES). Autorii subliniază însă nevoia elaborării și utilizării unor instrumente mai complexe și mai sensibile, care să surprindă și acei factori culturali care țin de valorile și de credințele specifice unei culturi sau de comportamentele de sănătate asimilate și întărite în rândul populațiilor analizate.

Domeniile conceptuale interconectate ale factorilor de risc și ale factorilor protectivi

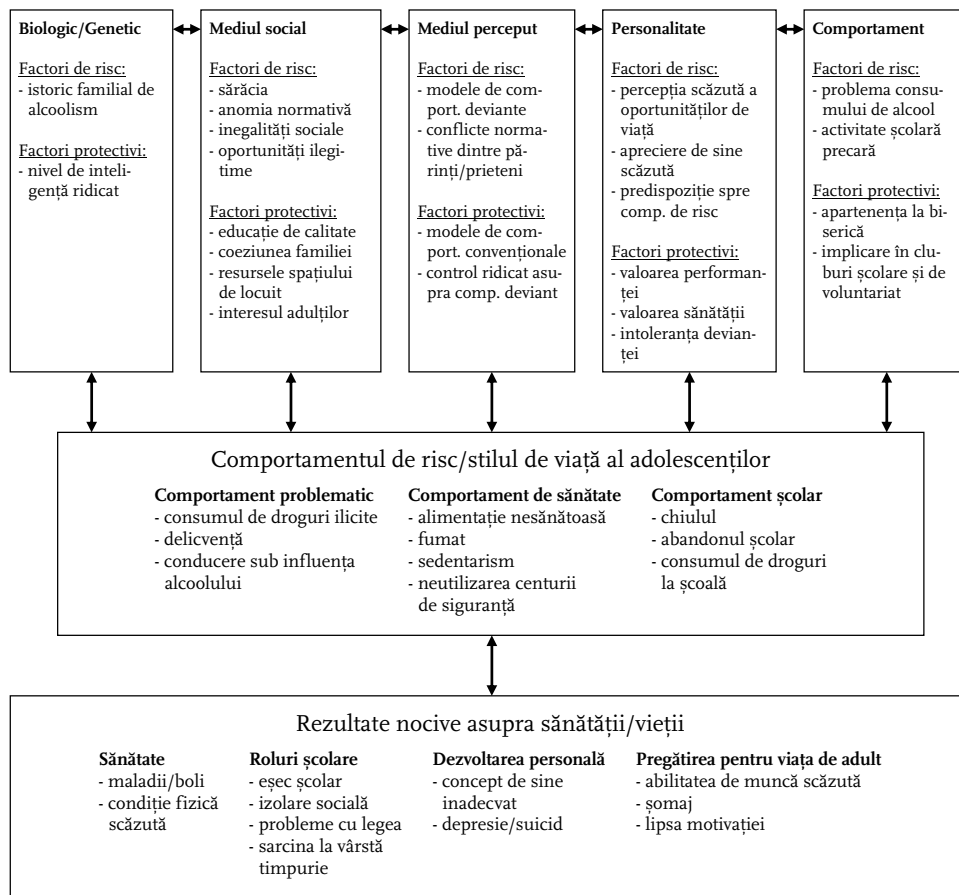


Figura 1.4. Cadrul conceptual pentru comportamentul de risc al adolescenților: factori de risc, factori protectivi, comportamente de risc și rezultatele acestuia (sursa: Jessor, 1991, p. 602)

Pornind de la această necesitate, cercetătorii au dezvoltat un **model** în scopul cercetării **comportamentului de sănătate**, luând în considerare deopotrivă factorii culturali, pe cei psihologici și pe cei comportamentali (figura 1.6.).

Modelul sistemic al comportamentului de sănătate (Bárdos, 2011) privește deficiențele de diferite grade ale sănătății prin prisma dezechilibrului în sistemul homeostaziei funcționării organismului uman. Astfel, procesul de formare a simptomatologiei bolii este influențat nu numai de trăsături de personalitate și de influențe socio-culturale, ci și de procesul de învățare și de experiențele individuale, care pot masca sau pot accentua eventualele efecte biologice.

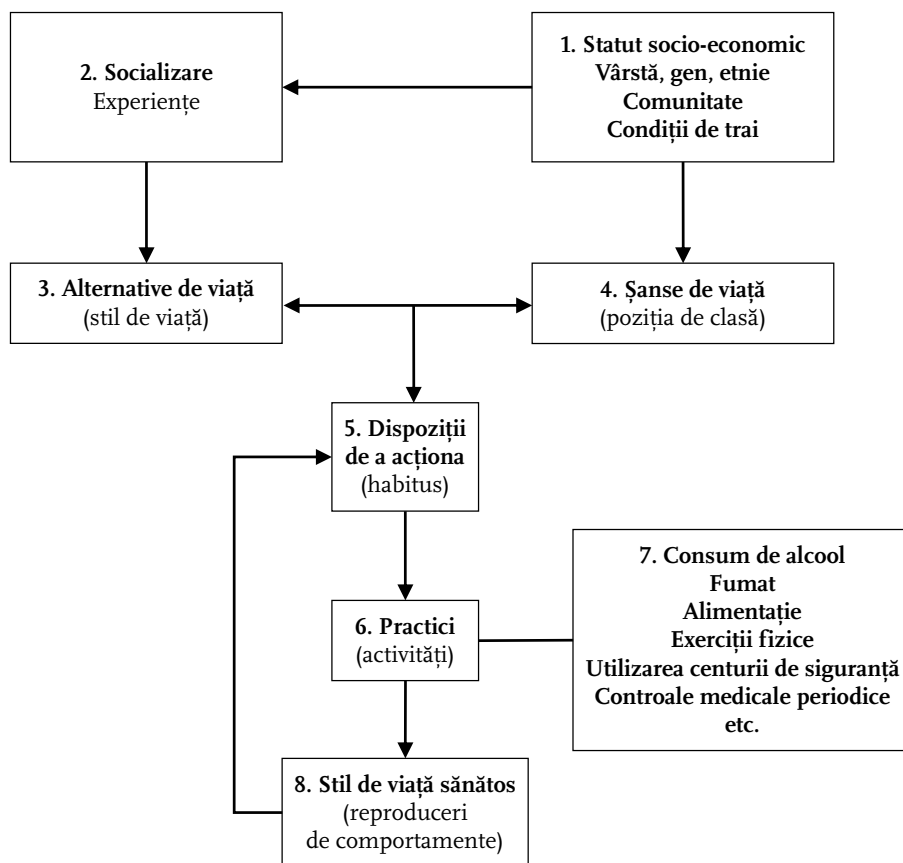


Figura 1.5. Modelul stilului de viață sănătos (sursa: Cockerham 2010, p. 167)

Raportat la modelul sistemic al comportamentului de sănătate, putem descrie comportamentul de sănătate al adolescenților ca o formă de conduită, implementată într-un anumit *mediu socio-cultural*. Aceasta suportă influențe atât pe plan individual (factori de personalitate), social (factori de mediu), cât și prin întreținerea conștientă a nevoii unei stări de sănătate și de prevenire a bolii. Am încercat cuprinderea acestor implicații prin elaborarea modelului următor (figura 1.7.).

Prin prisma acestui model susținem, alături de alte studii, că dimensiunea individuală a comportamentului de sănătate implică factorii de personalitate, între care esențială pentru menținerea stării de sănătate este autoaprecierea (Trzesniewski și col. 2006) mediată de modalitatea de coping utilizat (D’Zurilla și col. 2003, Remillard și Lamb, 2005). De asemenea, modul de exprimare a agresivității poate avea un rol predictiv în adoptarea anumitor comportamente de risc (Ostrowsky, 2010).

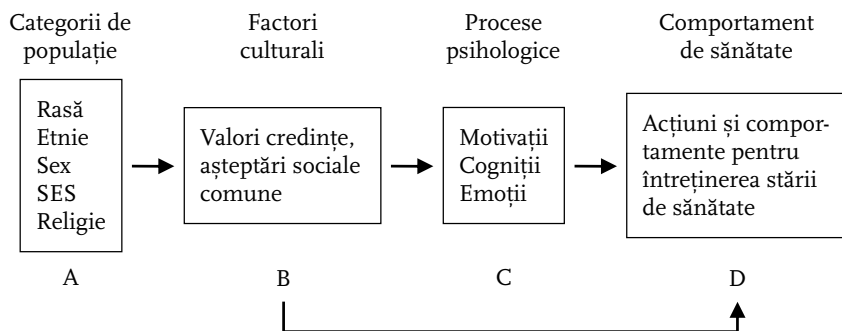


Figura 1.6. Conform modelului elaborat de către *Betancourt și Flynn*, aspectele culturale (B) influențează, direct sau indirect, prin intermediul proceselor psihologice (C), comportamentul de sănătate (D) adoptat de către categoriile de populații diferite (A) (sursa: *Betancourt și Flynn, 2009, p. 357*)

Studiile din domeniu subliniază rolul determinant al anumitor factori de personalitate în comportamentul legat de sănătatea adolescenților (*Martyn and col., 2009; Pikó, 2001; Albert Lőrincz, 2009*). Astfel, rezultatele dovedesc că diferențele în autoapreciere prezintă relații semnificative în adoptarea unor comportamente de risc, cum ar fi consumul de alcool, fumatul sau evitarea suportului social (*McGee și Williams, 2000*). Rezultatele lui *Lowery și col., 2005* susțin că autoaprecierea prezintă relații semnificative cu satisfacția subiectivă a imaginii propriului corp, în special în cazul fetelor. Dintre comportamentele favorabile sănătății, activitățile fizice regulate dovedesc relații pozitive cu o adecvată autoapreciere și cu percepțiile subiective ale corpului la adolescenți (*Lowery și col. 2005*).

În privința influențelor sociale, studiile evidențiază factori de mediu cum ar fi suportul social al familiei, al prietenilor și al grupului de apartenență. Totodată, putem susține că interacțiunile complexe din mediul școlar își pun amprenta asupra comportamentului riscant sau de ocrotire a stării de sănătate la vârsta adolescenței (*Puskar și col. 2008; Alaeidein, 2010; Faris și Ennett 2011*).

Cercetările noastre anterioare evidențiază rolul semnificativ al suportului social perceput din partea părinților asupra manifestărilor agresive ale adolescenților (*Csibi și Csibi, 2011*).

În concordanță cu teoriile trecute în revistă anterior, modelul biopsihosocial (*Sales și Irwin, 2009*) oferă un cadru în care factorii sociali și de mediu suportă predispoziții existente, biologice și psihologice, pentru a influența comportamentul de asumare a riscurilor.

Modelul biopsihosocial integrează două domenii de cercetare în analiza comportamentului de risc, care au fost adesea tratate separat: (1) relația dintre dezvoltarea biologică și funcționarea psihosocială din perioada adolescenței, și (2) corelațiile dintre comportamentele psihosociale și cele de angajare în comportamente de risc (*Irwin și Millstein, 1986*). Perioadele maturizării biologice influențează în mod direct patru domenii ale funcționării psihosociale: cogniție, percepția propriei persoane, percepția

mediului social și valorile personale. Conform acestui model, variabilele biologice, psihologice, sociale și de mediu, mediate de percepția riscului și de caracteristicile de grup al celor de aceeași vârstă constituie predictorii ai comportamentului de risc la adolescenți. *Variabilele biologice* care influențează adoptarea riscului de adolescenți includ predispozițiile genetice, efecte hormonale și etapele caracteristice din pubertate.

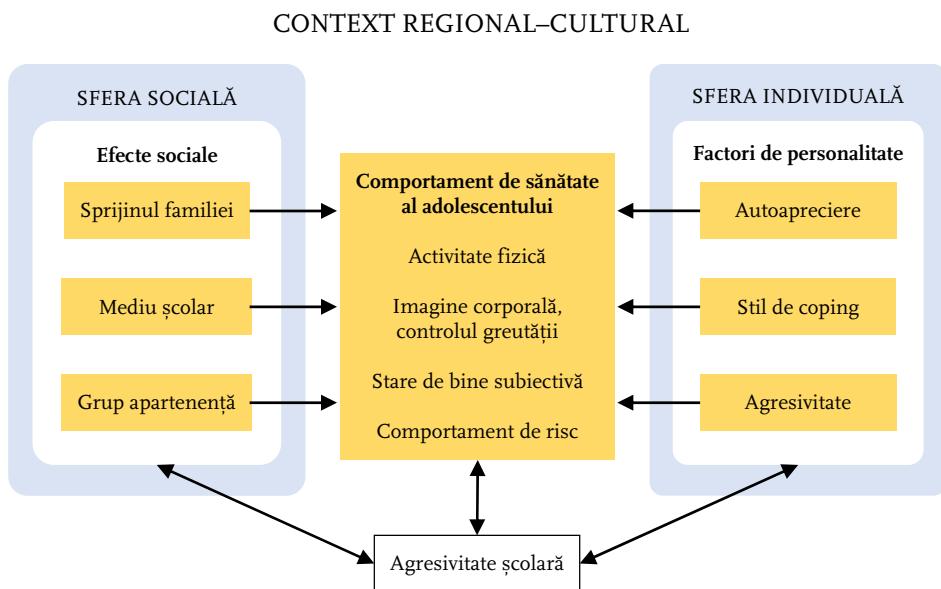


Figura 1.7. Analiza comportamentului de sănătate la adolescenți într-un mediu socio-cultural diferit, din perspectiva efectelor mediului social și a factorilor de personalitate individuali (sursa: propus de autor)

Variabilele psihologice asociate comportamentului de risc includ autoevaluarea, căutarea senzațiilor și stările cognitive și afective. *Influențele sociale* ale comportamentului de risc al adolescenților includ specificitățile relațiilor cu cei de aceeași vârstă, cu părinții și cele din mediul școlar.

Irwin și col. (Irwin, 1990; Irwin și Millstein, 1986; Irwin și Ryan, 1989), luând în considerare perspectiva biopsihosocială, au inclus unele condiții care, în viziunea lor, pot crește probabilitatea ca un adolescent să se angajeze în comportamente de risc. Alături de factorii biologici amintiți, pot predispuce la comportamente de risc și factori care includ sexul, stiluri parentale maladaptive sau modelări parentale deficiente, comportamentele colegilor și statutul socio-economic. Explicațiile care sprijină modelul biopsihosocial se centrează pe faptul că maturizarea precoce se asociază cu o autoapreciere mai scăzută și cu debutul timpuriu al activității sexuale; de asemenea, maturizarea timpurie constituie un factor de risc pentru inițierea în consumul de substanțe nocive (Tschann și col., 1994).

Dodge și Pettit (2003) au ajuns la concluzia că influențele reciproce dintre dispozițiile biologice, contextele sociale și experiențele de viață ale adolescenților pot conduce la consecințe recursive de-a lungul timpului, care se agravează prin evoluție cu caracter antisocial sau se diminuează în timp. Procesele cognitive și emoționale mediază relația dintre experiențele de viață și probleme de conduită ale adolescenților.

Modelele sociale cognitive care specifică factorii determinanți ai comportamentului de sănătate sunt: modelul încrederii în starea de sănătate, teoria comportamentului planificat, modelul localizării controlului asupra sănătății (cf. Armitage și Connor, 2000; Renner și Schwarzer, 2003). Versiunile curente revizuite ale acestor modele de comportament referitoare la sănătate conțin mai mulți predictorii comuni, cum ar fi vulnerabilitatea personală, așteptările legate de rezultatele unui anumit comportament, autoeficiența percepută și abilitatea de planificare. Aceste elemente au un rol major în procesul de schimbare a comportamentului (Renner și col., 2008). Cu toate acestea, modelele social-cognitive ale comportamentului de sănătate ar putea să nu fie la fel de valabile pe întreg parcursul vieții. Sănătatea fizică parcurge o dezvoltare și are schimbări pe tot parcursul vieții (Penny, Bennett, și Herbert, 1994; Spiro, 1999), și, în mod similar, sănătatea devine un obiectiv de viață tot mai important odată cu înaintarea în vârstă.

Este important însă să luăm în considerare faptul că într-o anumită măsură consumul de substanțe nocive și alte comportamente deviate de la starea de normalitate constituie oarecum o parte normală a dezvoltării adolescenților. Mulți adolescenți, în încercarea de a-și contura identitatea vor recurge uneori la experimentarea consumului unor substanțe, cum ar fi alcoolul sau fumatul, alteleori vor avea tentative de a experimenta diferite atitudini comportamentale sau ideologii speciale. Autorul (Brunswick 1991, p. 441) explică aceste fenomene prin tendința adolescenților de a-și extinde limitele personale înspre autonomie și ieșirea de sub controlul adulților.

Există date conform cărora Europa are cea mai mare rată a consumului de alcool în lume, fiind strâns integrată în cultura multor țări și regiuni participante la HBSC (Anderson și Baumberg, 2006). Alcoolul este unul dintre cele mai mari riscuri globale pentru lezarea individului prin îmbolnăvirile fizice și prin crearea de deficiențe în relațiile sociale (Rehm și col., 2004). Adolescenții au admis unele implicații pozitive ale alcoolului, de exemplu reducerea inhibiției sociale și o mai bună integrare socială. Cele mai multe cercetări însă au dovedit implicațiile negative ale consumului de alcool, precum chiulul, eșecul școlar, certurile cu prietenii și uneori un comportament distructiv (Chassin și col., 2002; Patton și col., 2007; Perkins 2002). În general, consumatorii frecvenți sau excesivi de alcool raportează o stare de sănătate generală mai precară (Johnson și Richter 2002).

Cercetătorii susțin, deci, că comportamentele de risc deseori pot fi deseori funcționale, orientate spre un anumit scop în procesul de dezvoltare în adolescență. De exemplu, consumul de substanțe interzise poate fi privit de către adolescenți ca un simbol al opunerii la sistem sau reprezintă o distanțare de la normele și valorile parentale/sociale convenționale. Totodată, adoptarea comportamentelor de risc poate reprezenta un punct de vedere diferit față de existența de zi cu zi. Uneori adolescenții adoptă astfel de comportamente pur și simplu din distracție sau pentru experimentarea plăcerii. În plus, comportamentele de risc, așa cum este și consumul de droguri, pot fi privite ca un act *compensator sau de substituție*, în scopul de a face față unui statut

social minor, a problemelor de dezvoltare sau a altor frustrări și temeri reale sau anticipate (Hurrellmann și Richter, 2006).

În cercetarea noastră vom utiliza într-un mod integrat conceptele-cheie descrise în modelele explicative anterioare. În acest scop am încercat să surprindem interrelaționările factorilor de personalitate și a determinanților socio-culturali, din perspectiva diferențelor observate în comportamentul de sănătate și de risc al adolescenților. Dintre factorii de personalitate am abordat autoaprecierea, modalitatea de coping și nivelul de exprimare a agresivității, descrise și explicate în modelele lui Jessor (1991) prin aprecierea de sine, percepții ale suportului social, Betancourt și Flynn (2009) prin tendințele specifice motivaționale, cognitive și emoționale. În ceea ce privește factorii socio-culturali, abordăm comportamentul de sănătate din perspectiva influențelor nivelului de educație a părinților, a suportului emoțional perceput din partea acestora și a modelelor comportamentale oferite de grupul de vârstă. (Jessor, 1991) Așadar, integrăm variabilele analizate în cercetarea noastră în cultura socială specifică a adolescenților, evidențiate în modelele descrise de Cockerham (2010) și Bárdos (2011). Modul de integrare și interrelaționările conceptelor de bază utilizate au fost cuprinse în modelul sintetizat de către autori (vezi figura 1.7).

1.5. Aplicații ale teoriilor și ale modelelor psihosociologice în promovarea sănătății și în prevenția comportamentelor de risc

Termenul de promovare a sănătății a fost practic necunoscut până la sfârșitul anilor 1970. Noțiunea de „promovare a sănătății” își are originile prin 1980 (Kickbusch, 1986). La aceea vreme, Biroul Regional al OMS pentru Europa s-a aflat în procesul de planificare a programului său de educație pentru sănătate, pentru perioada 1980–1984.

La nivel politic, de la mijlocul anilor 1970, începând cu proiectul din Marea Britanie, intitulat: „*Prevention and Health: Everybody's Business*”, (DHSS, 1986)⁶, a existat o creștere accentuată a numărului de documente legate de politicile și de declarațiile cu privire la prevenirea îmbolnăvirilor și la promovarea sănătății. De asemenea, a apărut o tendință interesantă de „globalizare” a politicilor și multe dintre aceste documente și declarații redactate în Marea Britanie au fost adoptate la nivel internațional (de exemplu, inițiativa „*Health for All*”, OMS 1981, 1985)⁷.

Studiile sociologice au abordat domeniul prevenției prin surprinderea și a altor consecințe ale promovării sănătății, dincolo de favorizarea unei atitudini sănătoase, așa cum sunt, de exemplu integrarea socială și opțiunile vizând sănătatea (Thorogood, 1992). Discursurile sociale și cultural-simbolice influențează luarea deciziilor legate de modul de viață, efectuarea unor opțiuni sănătoase și a unui mod rațional de mani-

⁶ Department of Health and Social Security (DHSS) (1986) *Primary Health Care: An Agenda for Discussion*, London: HMSO.

⁷ World Health Organisation (1981) *Regional Strategy for Attaining Health for All by the Year*. Copenhagen: WHO. World Health Organisation (1985) *Health for All 2000: Targets for Europe*, Copenhagen: WHO.

festare. În consecință, sarcinile activităților de promovare a sănătății cuprind eliminarea obstacolelor individuale și sociale, facilitarea acțiunilor comunitare eficiente, sprijinirea formării competențelor necesare opțiunilor sănătoase prin furnizarea de informații și prin asigurarea însușirii competențelor necesare menținerii stării de sănătate (*Ashton și Seymour, 1988*).

Asigurarea sprijinului social pozitiv a fost strâns legat de îmbunătățirea sănătății (mentale și fizice) și a sentimentului general de confort social. În consecință, intervențiile menite să promoveze comportamente favorabile stării de sănătate și să reducă comportamentele dăunătoare trebuie să vizeze nu numai riscurile, ci și rețelele sociale de sprijin disponibile adolescenților (*Piotrowski, 2010*). Rezultatele studiilor experimentale au demonstrat că nivelul ridicat al stării de bine poate conduce la o manifestare generală mai sănătoasă (*Howell, Kern și Lyubomirsky, 2007*).

Cockerham, (2010), analizând educația pentru sănătate din perspectivă sociologică, evidențiază trei aspecte principale: (1) ea acționează ca o ramură a medicinei preventive, (2) facilitează utilizarea eficientă a resurselor de îngrijire a sănătății, și (3) oferă educație pentru sănătate.

Autorul subliniază importanța îngrijirii primare în cadrul programelor de prevenție, cuprinzând promovarea utilizării măsurilor de protecție în viața sexuală pentru a preveni infecțiile cu HIV sau acordarea vaccinărilor pentru prevenirea îmbolnăvirilor și a epidemiilor la copii. O abordare mai extinsă a prevenției, însă, va cuprinde îndeosebi factorii sociali ale sănătății, cum sunt sărăcia sau inegalitățile economice, inegalitățile de gen, de mediu și al nivelului de dezvoltare a comunităților (*Mooney, Knox și Schacht 2011*).

Implicarea rezultatelor cercetărilor în prevenția comportamentelor de risc constă în concentrarea eforturilor de prevenire atât la nivelul factorilor individuali, cât și la cel al factorilor mediului, ai subiecților de același vârstă. Cercetările efectuate de *Bovin (2000)* sugerează că promovarea competențelor sociale în școli, de exemplu, poate preveni debutul precoce a consumul de substanțe nocive, alături de alte comportamente de risc.

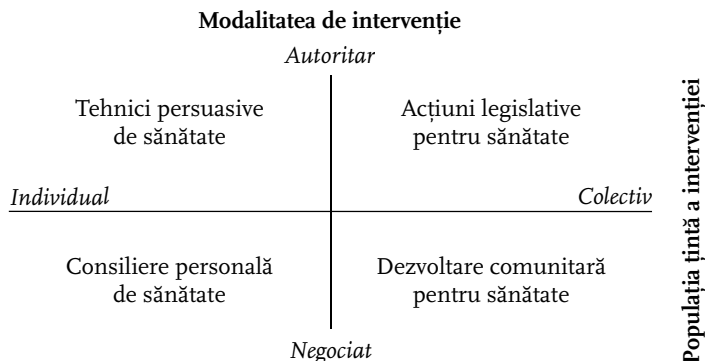


Figura 1.8. Modele de promovare a sănătății
(sursa: *Beattie 1991, in Bunton, Nettleton și Burrows, 2005, p. 58*)

Beattie, 1991 (in Bunton, Nettleton și Burrows, 2005) propune un model de promovare a sănătății centrată pe două axe (populația țintită și modalitatea de intervenție), obținând astfel patru dimensiuni:

- Individual-autoritar: tehnici persuasive de sănătate;
- Individual-negociat: consiliere personală de sănătate;
- Colectiv-autoritar: acțiuni legislative pentru sănătate;
- Colectiv-negociat: dezvoltare comunitară pentru sănătate.

Figura 1.8. conține reprezentarea grafică a acestora.

Alți autori (Elder și col., 1999) au clarificat câteva concepții-cheie care constituie puncte de sprijin în proiectarea și elaborarea programelor de prevenție. Ei au ajuns la concluziile următoare:

1. Nu există soluții unice care pot modifica consecințele asupra sănătății pentru toți copiii prezentând riscul crescut de abuz de substanțe nocive, de delincvență, sau de eșec școlar.
2. Comportamentele de risc sunt interrelaționate între ele, deci și programele de prevenire ar trebui să se bazeze pe abordări interdisciplinare, holistice.
3. Serviciile legate de sănătate trebuie să răspundă nu doar nevoilor individului, ci și celor specifice unei comunități.
4. Prevenția ar trebui să se situeze în mediul școlar, deoarece performanțele școlare scăzute constituie un factor de risc major și pentru celelalte probleme comportamentale.
5. Calendarul intervențiilor este critic la vârsta preșcolară și gimnazială, acestea fiind perioade importante de tranziție în viața unui copil, atunci când pot apărea obstacole majore în manifestările sociale.

Analizele internaționale ale comportamentului de sănătate la copii de vârstă școlară (HBSC), oferă date și perspective importante cu privire la integrarea rezultatelor în politicile de prevenție. Astfel, ele (1) colectează informații de la copii și tineri privind indicatorii cheie și contextul social al stării de sănătate; (2) constituie un instrument de monitorizare a stării de sănătate și a comportamentului de sănătate; (3) sunt o sursă de informare pentru specialiștii din domeniul sănătății copiilor.

Metodele de cercetare calitative ar fi adecvate pentru înțelegerea nevoilor, priorităților și a resurselor unei comunități, înainte de proiectarea oricărei intervenții. Odată cu creșterea popularității internetului, a fost dezvoltat un număr crescut de intervenții computerizate (web-based). Acestea oferă avantajele de accesibilitate, costuri reduse, integralitatea datelor, posibilitatea de standardizare, de personalizare sau de creare de informații și oferă un potențial mai ridicat de raportare a simptomelor sau a comportamentelor ilegale. De asemenea, subiecții pot participa doar la anumite elemente din program, în intimitatea și confortul caselor personale, iar gradul de participare la program pot fi ușor evaluate. De exemplu, intervențiile actuale bazate pe internet, centrate pe renunțarea la fumat, consumul de substanțe interzise, depresie,

tulburări de stres post-traumatic au demonstrat efectele benefice ale tratamentului, comparativ cu grupurile de control (*Barr, Taylor și Luce, 2003; Bock și col., 2004; Cope-land și Martin, 2004*).

În proiectarea unui program de prevenție este necesară, alături de selectarea grupului-țintă și a nivelului prevenției, determinarea rezultatelor scontate, și a mijloacelor prin care acestea ar trebui să fie evaluate prin chestionare, interviuri sau alte instrumente (*Hohmann și Shear, 2002*). În intervențiile realizate la nivel individual, de exemplu, fumătorii supuși unor intervenții cognitiv-comportamentale pot avea tendința să denatureze nivelul fumatului lor la sfârșitul intervenției, pentru a corespunde așteptărilor personalului implicat. Această considerație a condus la includerea validărilor biochimice în mai multe programe de prevenție. Cercetătorii au observat că, în general, contactul personal mai limitat dintre participanți și personalul programului de prevenție, determină fumătorii să denatureze mai puțin nivelul lor actual de fumat. (*Velicer, Prochaska, Rossi și Snow, 1992*) Fiabilitatea răspunsurilor participanților poate fi evaluată prin utilizarea de rapoarte obținute de la parteneri de viață, familie, și/sau prieteni ale subiecților. Evaluarea rezultatelor după încheierea intervenției poate oferi răspunsuri la întrebări importante legate de eficacitatea lor pe termen lung (USDHHS, 2000⁸; in *Committee on Health and Behavior, 2001; Brandon și col., 2004*).

Multe eforturi de prevenire la nivel comunitar, au condus la schimbări ale comportamentului de scurtă durată. Însă anumite efecte asupra sănătății ale intervențiilor pot dura mulți ani pentru a se îndeplini complet. Acest factor a stimulat eforturile de a încuraja durabilitatea sau susținerea intervențiilor și după ce cercetătorii au colectat și au publicat datele lor de analiză (*Lau, Thomas și Liu, 2000*).

În analizele privind reducerea riscurilor putem defini câteva scopuri relevante, așa cum sunt distingerea între nivelul de manifestare a riscului, (nivel micro sau macro), prevalența anumitor comportamente de risc și integrarea acțiunilor de reducere a riscurilor în strategiile naționale de prevenție (*MacCoun, în Marlatt și Witkiewicz, 2009*).

Studiile susțin că se impune evaluarea efectelor intervențiilor în reducerea riscurilor și a efectelor secundare ale acestora asupra altor categorii de populații (*Brown și col., în Marlatt și Witkiewicz, 2009*).

Cercetările din domeniul sănătății publice sugerează că reducerea riscurilor și întărirea factorilor protectivi și de promovare constituie strategii promițătoare pentru prevenirea consumului de droguri și a problemelor comportamentale legate de acest fenomen (*Coie și col., 1993; Mrazek și Haggerty, 1994; Stouthamer-Loeber, Loeber, Wei, Farrington, și Wikstroem, 2002*).

Conform studiilor, majoritatea programelor de prevenție care s-au dovedit a fi eficiente au fost de scurtă durată și s-au concentrat pe o gamă restrânsă de factori de risc și protectivi sau doar pe un anumit domeniu social (*Kellam, Rebok, Lalongo și Mayer, 1994; Spoth, Redmond și Shin, 2001; Botvin și Griffin, 2002; Eddy, Reid, și Fetrow, 2000*).

Intervențiile centrate pe dezvoltarea socială și-au dovedit efectul pozitiv în reducerea consumului de droguri, a comportamentului violent, a diferitelor probleme de

⁸ USDHHS (U.S. Department of Health and Human Services)

conduită și, de asemenea, în îmbunătățirea performanțelor școlare și a abilităților socio-cognitive (*Stormshak, 1999; Lonczak, Abbott, Hawkins, Kosterman și Catalano, 2002*).

Studiile din domeniu au identificat cele mai importante scopuri ale prevenției legate de sănătate în copilărie și adolescență (*Sarafino, 2011*):

- Facilitarea dezvoltării psihologice, emoționale și sociale optime ale copilului;
- Stabilizarea modelelor comportamentale sănătoase (la copii) legate de nutriție, activitate fizică, învățare, odihnă și viața de familie, ca o bază a unui stil de viață sănătos pentru întreaga viață;
- Întărirea modelelor comportamentale sănătoase (la adolescenți) și descurajarea celor negative legate de condiția fizică, de nutriție, de activitate fizică, de educație, de recreație, de activitate sexuală, de relații interpersonale, de conducerea vehiculelor, de fumat, de consum de alcool și droguri.

Cercetătorii au analizat scopurile a 136 de programe de prevenție școlară. Rezultatele lor au ajuns la concluzia că scopul lor a fost asigurarea de cunoștințe referitoare la droguri (88%), cunoștințe de dezvoltare a sănătății, dezvoltarea autocunoașterii (40%), educație afectiv-emoțională (40%), tehnici de respingere, abilități sociale (47%), abilități legate de stilul de viață cotidian (55%). Cât privește metodele adoptate în programele de prevenție școlară analizate, ele au fost: prezentare frontală (72%), discuții (70%), jocuri de rol (60%), ilustrații vizuale (49%), grupuri de lucru (35%). Cu privire la specificul acestora autorii au identificat: programe integrate de prevenire a drogurilor pe interval mai lungi 33%, programe de dezvoltare a sănătății de termen scurt 15%, zile de prevenire a consumului de droguri, a criminalității și de păstrare a sănătății 7% (*Paksi și col., 2006*).

Cercetătorii irlandezi au integrat rezultatele studiilor HBSC în activitățile de prevenție din mediul școlar. *Doyle, Kelly, Cummins, Sixsmith, O'Higgins, Molcho și Gabhainn (2010)*, în eforturile lor de valorificare a rezultatelor HBSC, au susținut ateliere de lucru participative pentru studenți și elevi. O scurtă trecere în revistă a studiului HBSC, a fost prezentată elevilor, implicând și date despre modul în care sunt colectare și sunt analizate datele. În cadrul unui workshop elevii au primit un pachet de 51 de cărți etichetate cu un anumit subiect, bazat pe întrebări din ancheta HBSC, cum sunt de exemplu activitatea fizică, obiceiurile de igienă sau consumul de alcool. Cardurile au fost împărțite în mod egal între membrii grupurilor de elevi. Fiecare grup a clasat subiectele într-o ierarhie în funcție de cât de „interesante” erau și dacă ar fi dorit să știe mai multe despre acestea. Rezultatele cuprinzând clasificarea, în ordinea importanței atribuite de către elevi, a temelor studiate în cadrul cercetărilor HBSC sunt prezentate în tabelul următor:

Tabel 1.1. Clasificarea temelor studiate în cadrul atelierelor de lucru HBSC
(sursa: Doyle și col, 2010, p. 9)

Prioritate	Temă	Numărul grupurilor care au clasificat tema pe primul loc
1	Alcool	16
2	Pubertate	14
3	Droguri	14
4	Stare de beție	14
5	Fumat	12
6	Conflicte, bătaii	11
7	Sănătate	9
8	Imagine corporală	9
9	Sănătate fizică	9
10	Sănătate emoțională	8
11	Satisfacția vieții	8
12	Prieteni apropiați	8

Alcoolul a fost subiectul considerat cel mai interesant de 16 din cele 19 grupuri. Întrebarea considerată cea mai importantă a fost cea legată „efectele” alcoolului.

Pubertatea a fost considerată al doilea subiect interesant HBSC (vezi anexa 3), de 14 din cele 19 grupuri chestionate, iar întrebarea lor cea mai importantă a fost cea cu privire la „schimbările corpului și efectele acestora”.

Drogurile au fost subiectul HBSC clasat pe locul al treilea de 14 din cele 19 grupuri. Cea mai interesantă temă care a apărut în legătură cu drogurile a fost cea legată de „efectele” acestora.

Scopul studiului a fost să exploreze punctele de vedere ale elevilor pe teme ale HBSC. Acesta constituie un pas înainte într-un proces de a trata a lor ca părți interesate în procesul de cercetare HBSC din Irlanda (Doyle și col, 2010).

Copiii chestionați la work-shop au evidențiat în mod clar acele teme ale HBSC care au fost de cel mai mare interes pentru ei și ce anume ar dori să știe despre acestea. Concluziile studiului constituie puncte de referință importante pentru practicieni și pentru politicile publice din domeniul sănătății. Aceste constatări au un impact semnificativ asupra cercetării și practicii viitoare (Doyle, Kelly, Cummins, Sixsmith, O'Higgins, Molcho și Gabhainn, 2010).

1.6. Studiile internaționale care analizează comportamentul de sănătate al copiilor și adolescenților

1.6.1. Metaanaliza studiilor și cercetărilor din domeniul comportamentului de sănătate

Pentru o imagine de ansamblu a studiilor naționale și internaționale efectuate și a rezultatelor obținute de acestea, am recurs la elaborarea unui tabel de metaanaliză.

Procedul metaanalizei este des utilizat în cercetările cuprinzătoare care își propun o analiză mai sistematică a anumitor teme (*Morton, 1997*).

În elaborarea metaanalizei am luat în considerare mai multe aspecte relevante pentru cercetarea noastră. Astfel, am selectat studiile care analizau variabilele comportamentului de sănătate, care aveau ca subiecți în special adolescenți cuprinși în categoria de vârstă 12–18 ani, și care analizau diferențele de gen și diferențele în contextul social al participanților. Am avut în vedere, deci, în primul rând, studiile care căutau răspuns la întrebările: Ce relație există între nivelul agresivității și mecanismele de coping adoptate de către adolescenți? Care sunt consecințele unui comportament de sănătate deficitar asupra imaginii de sine și a autoaprecierii la adolescenți?

Tabelul de metaanaliză următor cuprinde studiile reprezentative parcurse, referitoare la comportamentul de sănătate al adolescenților. Ele conțin date relevante pentru cercetările noastre, obținute prin analizarea diferiților factori cu impact asupra comportamentului de sănătate al adolescenților.

Tabel 1.2. Metaanaliza principalelor studii și cercetări care implică analiza comportamentului de sănătate, particularitățile agresivității, a stilului de coping și a autoaprecierii la adolescenți

Nº	Autori	An	Eșantion	Variabile studiate	Rezultate obținute
1.	Rivas Torres, R.M., Fernández, F.P.	1995	100 copii din categoriile de vârstă 12–13 și 16–17 ani	Aprecierea de sine, sănătatea ca valoare, comportamente de sănătate ale adolescenților.	Autoaprecierea explică 39% din comportamentele sănătății mentale și 5 % din comportamentele sociale de sănătate. Valoarea acordată sănătății este strâns legată de comportamentele individuale de sănătate și de siguranță.
2.	Currie, C. (coord.), Gabhainn, S.N., Godeau, E., Roberts, C., Smith, R., Currie, D., Picket, W., Richter, M., Morgan, A., Barnekow, V.	2008	200 000 tineri, 11, 13 și 15 ani, 41 de țări	Starea de sănătate, starea de bine, comportamente protective și comportamente de risc, contextul social	Datele susțin prezența inegalităților privind starea de sănătate a adolescenților în funcție de statutul socio-economic și geografic. Influențele sociale își pun amprenta asupra comportamentelor de sănătate al adolescenților.
3.	Aszmann, A., Csizmadia, P., Kököneyi Gy., Németh, Á., Szabó, Á., Szabó, M., Sebestyén, E., Várnai, D.	2003	5958 elevi, 11–17 ani	Stare de sănătate, comportament de sănătate, autoapreciere, imagine corporală, satisfacția vieții, sondaje HBSC.	Autoaprecierea adolescenților este puternic influențată de imaginea propriului corp. Odată cu creșterea în vârstă, în cazul fetelor crește, în cazul băieților scade numărul celor care doresc să-și reducă greutatea corporală. Satisfacția vieții scade odată cu înaintarea în vârstă. Băieții își apreciază starea de sănătate generală ca fiind mai bună față de fete.
4.	Németh, Á. (coord.), Aszmann, A., Kovacsics, L., Kököneyi Gy., Örkényi, Á., Páll, G., Sebestyén, E., Várnai, D., Zakariás, I.	2007	5565 elevi, 11–17 ani	Stare de sănătate, comportament de sănătate, autoapreciere, imagine corporală, satisfacția vieții, sondaje HBSC.	Numărul comportamentelor de sănătate pozitive (protective) scade odată cu înaintarea în vârstă, iar frecvența comportamentelor de risc (obiceiuri alimentare nesănătoase, consum de substanțe nocive) crește. Rezultatele dovedesc că modul de viață devine predominant pasiv, iar numărul activităților fizice scade în perioada adolescenței.

№	Autori	An	Eșantion	Variabile studiate	Rezultate obținute
5.	Németh, Á., Költő, A. (coord.), Aszmann, A., Halmai, R., Kökényei, Gy., Örkényi, Á., Páll, G., Vármai, D., Zakariás, I., Zsiros, E.	2011	8114 elevi, 11–17 ani	Stare de sănătate, comportament de să- nătate, autoapreciere, imagine corporală, sa- tisfacția vieții, sondaje HBSC.	Rezultatele dovedesc că numărul elevi- lor care petrec mai mult de două ore în fața calculatorului a crescut față de stu- diul HBSC din 2006. De asemenea, a crescut numărul elevilor care au consu- mat o cantitate mai mare de alcool în vi- ață în comparație cu rezultatele din stu- diul HBSC din 2006. A crescut numărul elevilor care trăiesc în condiții materiale precare sau au un nivel de trai destul de scăzut. A scăzut prevalența fumatului și a crescut gradul de satisfacție a vieții.
6.	Lohaus, A., Vierhaus, M., Ball, J.	2009	798 elevi, 9–15 ani	Comportament de să- nătate, dezvoltare fi- zică și psihică în ado- lescență.	Comportamentele de sănătate pozitive au o tendință de creștere, iar cele nega- tive au o tendință de scădere în cazul elevilor cu vârsta cuprinsă între 9–12 ani, după care tendințele se inversează.
7.	Diong, S.M., Bishop, G.D.	1999	268 elevi, 17 ani	Stare de bine („well- being”), exprimarea agresivității, meca- nism de adaptare uti- lizat.	Exprimarea agresivității se asociază cu stilul de coping utilizat în predicția stă- rii de bine. Un nivel ridicat al agresivită- ții se asociază cu un nivel mai scăzut al sentimentului de confort, dar și cu lipsa utilizării unor strategii de coping cen- trate pe problemă.
8.	Lowery, S.E., Kurpius, S.E.R., Befort, C., Blanks, E.H., Sollenberger, S., Nicpon, M.F., Huser, L.	2005	423 studenți dintre care 267 femei și 156 bărbați	Imagina corpului, aprecierea de sine, comportamente de să- nătate.	Autoevaluarea prezintă relații semnifi- cative în raport cu insatisfacția subiec- tivă a imaginii corpului în cazul fetelor. Fetele au raportat o imagine mai nega- tivă a corpului lor decât băieții. La am- bele grupuri însă comportamentele pentru îmbunătățirea stării de sănătate, cum sunt exercițiile fizice și participa- rea la antrenamente, au dovedit relații pozitive cu autoaprecierea și cu percep- țiile corpului.
9.	Kristjánsson, Á.L., Sigfúsdóttir, I.D., Allegrante, J.P.	2010	6.346 adolescenți (Studiul „Youth in Iceland”)	Aprecierea de sine, greutatea corporală (IMC – indicele de masă corporală), acti- vitatea fizică, obice- iuri alimentare, com- portament de sănătate, performanțe școlare.	Greutatea corporală mai scăzută, activi- tatea fizică și obiceiurile alimentare adecvate se asociază cu performanțe școlare mai ridicate. Comportamentele legate de sănătate prezintă o corelație semnificativ pozitivă cu nivelul ridicat al autoaprecierii. Autoaprecierea este influențată de prezența activităților fi- zice și de consumul de fructe și de le- gume în alimentație. Obiceiurile ali- mentare nesănătoase influențează în mod negativ autoevaluarea și perfor- manțele școlare. De asemenea, autoeva- luarea este influențată în mod negativ de creșterea greutateii corporale.
10.	Martyn, P., Penckofer, S., Gulanick, M., Velsor-Friedrich, B., Bryant, F.B.	2009	102 studenți din ciclul liceal	Aprecierea de sine, nivelul de stres, modalitatea de coping, comporta- mentul de alimenta- ție, dispoziții depressive.	Rezultatele indică: (a) nivelul stresului și aprecierea de sine scăzută se asociază cu evitarea în procesul de coping și cu pre- zența simptomelor depresive, și (b) au- toaprecierea scăzută prezintă relații strânse cu obiceiurile alimentare nesănă- toase. Rezultatele subliniază importanța însușirii unor competențe de reducere a stresului, modalităților de construcție a aprecierii de sine și utilizarea unor abor- dări pozitive în procesul de coping. Aceste abilități pot preveni atât alimenta- ția nesănătoasă și obezitatea subsecventă acesteia, cât și riscul apariției simptome- lor depresive la adolescenți.

Nº	Autori	An	Eșantion	Variabile studiate	Rezultate obținute
11.	Ostrowsky, M.K.	2010	Teorii și cercetări relevante, care studiază relația dintre autoapreciere și comportamentul agresiv (metaanaliză)	Autoapreciere, narcisism, agresivitate, comportament violent.	Neîncrederea în sine conduce la adoptarea comportamentelor violente; acesta din urmă însă poate fi cauzată și de o autoapreciere ridicată; (de exemplu narcisismul, caracterizat în general de o apreciere de sine ridicată dovedește strânse legături cu comportamentul violent).
12.	Sabiston, C.M., Sedgwick, W.A., Crocker, P.R.E., Kowalski, K.C., Mack, D.E.	2007	45 elevi 13–18 ani	Imagine de sine, mecanisme de coping, anxietate socială, comportament se sănătate la adolescenți.	Stilul de coping adoptat prezintă strânsă corelații cu imaginea corporală și cu imaginea de sine.
13.	Remillard, A.M., Lamb, S.	2005	98 elevi din ciclul liceal, de sex feminin.	Strategii de coping, agresivitate relațională.	Rezultatele studiului indică faptul că odată cu creșterea gradului de rănire în urma agresiunii, crește și probabilitatea utilizării strategiilor de evitare, cum ar fi gândirea așteptată în procesul de coping. Subiecții mai apropiați de prietenii lor au recurs la căutarea suportului social semnificativ mai frecvent decât la alte modalități de coping.
14.	Puskar, K., Ren, D., Bernardo, L.M., Haley, T., Stark, K.H.	2008	Participanți (n = 193) cu vârsta între 14 și 17 ani, din clasele 9–11, provenind din mediul rural al Pennsylvaniei de Vest.	Agresivitate, variabile psihosociale, suport familial perceput, apreciere de sine, optimism.	Evenimentele de viață negative, anxietatea, consumul de droguri și simptomele depresive au prezentat corelații semnificative pozitive cu agresivitatea. Agresivitatea prezintă corelații semnificativ negative cu suportul social perceput de către adolescenți, cu stima de sine și cu optimismul, ca trăsătură de personalitate. Rezultatele oferă puncte de sprijin pentru elaborarea programelor de prevenție, centrate pe managementul furiei și al consumului de droguri.
15.	Nichols, T.R., Mahadeo, M., Bryant, K., Botvin, G.J.	2008	2025 de adolescenți provenind din mediul urban, clasa a 6-a.	Sănătatea emoțională, consum de alcool și droguri, fumat	Analizele statistice (ecuații estimative) au dovedit relații semnificative între agresivitate și frecvența fumatului, a consumului de alcool și de droguri (marijuana). Autorii nu au găsit diferențe între sexe, cu caracter semnificativ, referitoare la nici una dintre consecințele consumului de droguri la adolescenții cuprinși în studiu.
16.	Albert-Lórinz, E.	1999	559 elevi, 15–20 ani	Comportament de sănătate, sistem imunitar psihologic, experiențe flow în adolescență.	Optimismul, sentimentul controlului, viziunea pozitivă asupra vieții influențează trăirea unor experiențe „flow”, și au ca rezultat o capacitate crescută de funcționare a sistemului imunitar psihologic al adolescenților.
17.	Trzesniewski, K.H., Donnellan, M.B., Moffitt, T.E., Robins, R.W., Poulton, R., Caspi, A.	2006	Date provenind din: „Dunedin Multidisciplinary Health” and Development Longitudinal Study”	Aprecierii de sine, sănătate precară, comportament antisocial, contexte economice limitate.	Adolescenții cu stimă de sine scăzută au dat dovadă de o sănătate fizică și mentală mai precară și, totodată, au prezentat un nivel mai ridicat al comportamentelor antisociale în perioada adultă față de acei adolescenți care au raportat o apreciere de sine ridicată. Consecințele pe termen lung ale diferențelor autoaprecierii nu au putut fi explicate prin prezența simptomelor depresive, sexul sau statutul socio-economic al adolescenților. Rezultatele sugerează însă că o stimă de sine scăzută în adolescență constituie un predictor important ale consecințelor negative apărute în situațiile din viața reală a adulților.

№	Autori	An	Eșantion	Variabile studiate	Rezultate obținute
18.	Mcgee, R., Williams, S.	2000	Copii și adolescenți cu vârsta cuprinsă între 9–13, și 15 ani, provenind din Noua Zeelandă	Aprecierea de sine, comportament de risc pentru sănătate (consum de droguri, tulburări de alimentație și tentative suicidale).	Nivelul global al aprecierii de sine constituie un predictor semnificativ referitor la tulburările de alimentație, la tentative suicidale și la alte comportamente cu risc pentru sănătate ale adolescenților. Nivelurile aprecierii de sine nu au dovedit corelații semnificative cu consumul de droguri. Rezultatele sunt discutate de către autori în termenii implicațiilor variabilelor analizate asupra eforturilor profesioniștilor în scopul creșterii prestigiului personal al tinerilor.
19.	Wrzesniewski, K., Chylinska, J.	2007	293 elevi 15–16 ani	Stil de coping adoptat, coping centrat pe problemă, coping centrat pe emoții.	Stilul de coping adoptat dovedește o continuitate în timp și este predominant centrat pe emoții în cazul lotului de participanți.
20.	Alsaker, F., Olweus, D.,	1986	2478 elevi 11–14 ani	Autoapreciere, agresivitate, nivel de anxietate.	Nivelul global de autoapreciere se corelează pozitiv cu anxietatea și cu agresivitatea. Elevii agresivi prezintă o autoapreciere semnificativ mai scăzută.
21.	DioGuardi, R.J.	2003	233 elevi din clasele a 6-a și a 7-a	Aprecierea de sine, comportament agresiv, autoevaluare.	Studiul a analizat nivelul agresivității relaționale în grupul de apartenență, explorând diferențele nivelului de agresivitate la copiii victime ale agresiunii prezentând niveluri diferite ale autoaprecierii sinelui. Agresivitatea apare când egocentrismul unei persoane este amenințat sau când imaginile foarte favorabile asupra sinelui sunt expuse la provocări din partea unei persoane sau într-o anumită situație. Autoevaluările exagerate, instabile sau tentante pentru aprecierea unei persoane constituie variabilele cele mai susceptibile față de amenințările exterioare și, în consecință, cauzatoare de agresivitate.
22.	D’Zurilla, T.J., Chang, E.C., Sanna, L.J.	2003	205 elevi	Aprecierea de sine, abilitatea de rezolvare socială a problemelor, agresivitate.	Aprecierea scăzută a sinelui prezintă relații strânse cu furia și ostilitatea, alături de alte câteva probleme specifice de rezolvare a problemelor. Autorii au descris un model care ilustrează relația dintre aprecierea de sine și furie ca fiind mediate de orientarea negativă față de probleme. Rezultatele sugerează că această orientare negativă față de problemele apărute mediază în mod parțial și relația dintre autoapreciere și ostilitate.
23.	Hurrelmann, K., Richter, M.	2005	Rezultatele recente ale studiului „Health Behaviour in School-aged Children” (HBSC)	Comportament de risc, perspective de dezvoltare în procesul de socializare a adolescenților.	Funcțiile și specificurile comportamentului de risc sunt investigate din perspectiva modelului psihosocial al stresului. Teoreticienii propun un model integrator al rezolvării de probleme la adolescenți și disting trei forme diferite ale comportamentelor de risc: externalizate, internalizate și de evitare.
24.	Furlong, M.J., Smith, D.C., Bates, M.P.	2002	1166 elevi 9–12 ani	Agresivitate în mediul școlar, mecanisme de coping.	Manifestările agresive prezintă o strânsă corelație cu nivelul ridicat de agresivitate, în special în cazul băieților.

Nº	Autori	An	Eșantion	Variabile studiate	Rezultate obținute
25.	Prinstein, M.J., Choukas-Bradley, S.C., Helms, S.W., Brechwald, W.A., Rancourt, D.	2011	336 adolescenți, din clasele a 10–11-a	Comportament de risc, popularitatea între cei de aceeași vârstă, agresivitatea.	Analizele longitudinale dovedesc că atât nivelurile ridicate cât și cele scăzute ale popularității între cei de-o vârstă constituie predictorii ai anumitor comportamente cu risc pentru sănătate. Modelele teoretice se dovedesc utile în înțelegerea modalității complexe în care comportamentul de risc poate fi întărit de popularitatea în rândul celor de același vârstă.
26.	Alaedein, J.M.	2010	304 elevi	Aprecierea de sine, suportul social, agresivitatea.	Rezultatele indică că aprecierea de sine scăzută și suportul social scăzut sunt strâns legate de nivelul crescut al ostilității. Nivelul scăzut al suportului familial a constituit un predictor al agresivității. Există diferențe semnificative legate de sexul elevilor la scorurile de agresivitate. În concluzie, rezultatele dovedesc că elevii cu aprecierea de sine scăzută și suportul familial scăzut prezintă niveluri mai ridicate ale agresivității și ale ostilității.
27.	Faris, R., Ennett, S.	2011	Metaanaliza	Activitatea violentă, agresivitatea, influența celor de aceeași vârstă, motivațiile legate de status.	Integrarea a două linii de cercetare prin considerarea motivațiilor legate de statusul propriu printre cei de aceeași vârstă și efectul acestor motivații asupra agresivității adolescenților, respectiv nivelul de agresivitate prealabil și comportamentul relațional cu cei de aceeași vârstă. Analizele de regresie au dovedit că agresivitatea adolescenților și evaluările prietenilor referitoare la statusul lor în colectiv crește probabilitatea manifestărilor agresive în decursul unei perioade de șase luni. Lipsa reciprocității în preferințele colegilor a dovedit un impact semnificativ asupra manifestărilor agresive ale elevilor. Adolescenții cu statut social mediu au dovedit o creștere a agresivității în grupurile mai numeroase.
28.	Pikó, B.	2001	1039 elevi din ciclul gimnazial	Strategii de coping, starea de sănătate, diferențe de sex.	Modalitatea pasivă de coping și căutarea suportului social au fost mai frecvent utilizate de către fete. De asemenea, suportul social dovedește relații semnificative cu sănătatea psihosocială în cazul băieților. Pentru ambele genuri modalitatea de coping pasivă și adoptarea unor comportamente de risc dovedesc un rol negativ, iar analizarea problemei și căutarea suportului social în procesul de coping are un rol pozitiv asupra sănătății lor. Rezultatele dovedesc că un coping inefficient și problemele legate de sănătate pot funcționa într-un cerc vicios, în care asumarea riscurilor în procesul de coping joacă un rol crucial în perioada adolescenței. În situațiile în care adolescenții ajung la disperare în confruntarea cu problemele lor, pot recurge la consumul de droguri, la fumat sau la consumul de alcool.
29.	Keresztes, N., Pikó, B.	2007	548 elevi 14–21 ani	Comportament de sănătate, mecanisme de coping, particularități ale adolescenței.	Mecanismele de coping adoptate influențează semnificativ comportamentele de sănătate.

Dintre studiile și cercetările trecute în revistă în subcapitolul anterior, pentru cercetarea noastră cele mai relevante s-au dovedit acelea care analizează factorii de personalitate amintiți în relație cu comportamentele de sănătate și de risc, axate pe mediul socio-cultural în care își desfășoară adolescenții activitatea. În consecință, am reținut în special studiile care se concentrează pe asocierile între autoapreciere, modalitățile de coping, manifestarea agresivității și factorii protectivi ai sănătății (precum sunt satisfacția corporală și activitățile fizice regulate), respectiv factorii de risc ai sănătății (cum de pildă, sunt prevalența și frecvența fumatului, a consumului de droguri și alcool sau modul de viață lipsit de activități fizice) (Rivas Torres și Fernandez 1995, Aszmann și col. 2003, Németh și col. 2007, Lowery și col. 2005, Ostrovsky 2010, Sabiston și col. 2007, Hurelmann și Richter 2005). Totodată, ne-am referit la studii reprezentative din literatura de specialitate, care cuprind rezultate referitoare la factorii contextuali socio-culturali ai comportamentului de sănătate la adolescenți și la copiii de vârstă școlară (HBSC, 2002, 2006, 2010). Acestea aduc dovezi convingătoare legate influențele sociale ale comportamentului de sănătate, de exemplu la suportul social și la nivelul de educație al părinților sau la aprecierea nivelului stării de bine generale și a satisfacției vieții (Currie și col. 2008, Németh și col. 2011, Diong și Bishop 1999, Piko 2001).

1.6.2. Studiile „Health behavior in school-aged children” (HBSC Survey)

Rezultatele studiilor HBSC (2002, 2006)⁹ susțin importanța anumitor factori de protecție pentru sănătate, determinanți pentru perioada adolescenței, cum sunt activitatea fizică regulată, percepția favorabilă a corpului și conduita de menținere a greutății corporale optime, percepția pozitivă a stării de bine subiective (aprecierea favorabilă a stării de sănătate, nivelul ridicat al satisfacției vieții, absența simptomelor psihosomatice), respectiv evitarea unor comportamente de risc (cum sunt fumatul, consumul de alcool sau de droguri) (Currie și col. 2004, 2008).

Programul de evaluarea a stării de sănătate a copiilor și a adolescenților HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) este o cercetare transversală derulată de către OMS, din 4 în 4 ani, în țările Uniunii Europene, dar și în Canada, SUA și Israel. Studiul multinațional își propune analiza și interpretarea factorilor care influențează sănătatea și starea de bine a școlarilor, precum și comportamentele de sănătate, luând în considerare contextul social de apariție al acestora (familie, grup de același vârstă, școală) (Németh, 2007).

Cercetări internaționale au analizat interacțiunea factorilor implicați în comportamentul de sănătate a adolescenților în diverse medii sociale (Németh, 2007). Studiile HBSC se desfășoară în scopul monitorizării longitudinale a comportamentului de sănătate în rândul elevilor. Din punct de vedere metodologic subliniem caracterul multinațional al studiului, ceea ce oferă posibilitatea comparării cu elemente ale

⁹ *Young people's health in context. Health behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2001/2002 survey.* WHO, Copenhagen.

Inequalities in Young People's Health. HBSC International Report from the 2005/2006 Survey. World Health Organization, Copenhagen.

structurilor socioculturale. Cercetările HBSC se desfășoară în aceleași condiții, utilizând metode identice în investigarea stării de sănătate și a comportamentului relativ la sănătate a tinerilor provenind din societăți și culturi diferite. Instrumentul utilizat constă în chestionare completate de către elevi în cadrul clasei școlare. Chestionarele aplicate sunt compuse din mai multe pachete de întrebări și sunt incluse în studiile cercetătorilor din țările participante. Rezultatele constituie astfel o bază de date folosită de cercetători pentru a elabora sau pentru a verifica impactul programelor de prevenție și intervenție în domeniul educației pentru sănătate sau a programelor de prevenție a comportamentelor de risc adresate copiilor sau adolescenților, în context școlar.

România a aderat la acest program în 2006 și a publicat rezultate parțiale în raportul OMS din 2007 (vezi *Băban și col., 2007*). Considerăm important de parcurs, spre exemplificare, tabelul de mai jos, ilustrând unii dintre factorii analizați și în cercetarea noastră.

Tabel 1.3. Factori ai comportamentului de sănătate, prezentați în mod comparativ între valorile înregistrate în România și în Ungaria cu valorile medii obținute de studiul HBSC 2005–2006

FACTORI	VARIABLE	GEN	ROMÂNIA	UNGARIA	HBSC
			(%)	(%)	
Suport afectiv din partea familiei	Suport afectiv din partea tatălui (discută problemele)	Fete	54	67	48
		Băieți	78	80	67
	Suport afectiv din partea mamei (discută problemele)	Fete	87	85	77
		Băieți	89	86	78
Suportul social al grupului de prieteni	Număr prieteni (trei sau mai mult de trei prieteni)	Fete	76	89	75
		Băieți	85	87	81
	Petrecerea timpului cu prietenii (4 sau mai multe zile/săpt.)	Fete	20	13	27
		Băieți	34	13	34
Factori sociali ai mediului școlar	Atitudinea față de școală (foarte bună)	Fete	32	43	18
		Băieți	24	27	22
	Stresul școlar (se simt stresați de activitățile școlare)	Fete	47	27	49
		Băieți	41	27	40
	Climatul clasei (perceput ca favorabil)	Fete	58	59	63
		Băieți	61	48	61
Starea de bine subiectivă „well-being”	Autoaprecierea sănătății (slabă sau foarte slabă)	Fete	26	33	23
		Băieți	13	21	13
	Autoaprecierea calității vieții (nivel ridicat)	Fete	71	73	78
		Băieți	83	77	85
Modul de viață activ	Regularitatea efectuării exerciții fizice (cel puțin o oră/zi)	Fete	6	11	12
		Băieți	16	19	20
	Ponderea exercițiilor fizice intense (cel puțin două ore/săpt.)	Fete	39	21	43
		Băieți	57	39	61
Imaginea fizică și greutatea corporală	Autoaprecierea constituției fizice (se cred prea grei)	Fete	33	40	41
		Băieți	14	18	21
	Controlul greutateii corpului (reducerea greutateii)	Fete	15	31	23
		Băieți	5	10	8
Comportamentul de risc (consumul de substanțe)	Prevalența fumatului (a încercat fumatul pe parcursul vieții)	Fete	45	66	55
		Băieți	54	64	54

FACTORI	VARIABLE	GEN	ROMÂNIA (%)	UNGARIA (%)	HBSC (%)
Implicarea elevilor în situații de conflict școlar	Cantitatea fumatului (cel puțin o dată/săptămână)	Fete	12	21	19
		Băieți	20	22	18
	Cantitatea de alcool consumat (a fost amețit două ori/viață)	Fete	19	32	30
		Băieți	45	40	37
	Prevalența consumului de canabis (în ultimele 12 luni)	Fete	1	8	14
		Băieți	3	10	16
	Implicarea în conflicte școlare (trei ori/ultimele 12 luni)	Fete	6	7	6
		Băieți	24	21	17
	Rolul de agresor într-o situație de conflict (două ori/6 luni)	Fete	18	2	7
		Băieți	27	10	16
	Rolul de victimă într-o situație de conflict (două ori/6 luni)	Fete	3	8	8
		Băieți	3	12	11
Număr subiecți (vârsta = aprox. 15 ani)			N = 1.605	N = 1.187	N = 67.873

Pentru o mai bună vizualizare a datelor am reprezentat grafic variabilele considerate deosebit de relevante pentru cercetarea noastră.

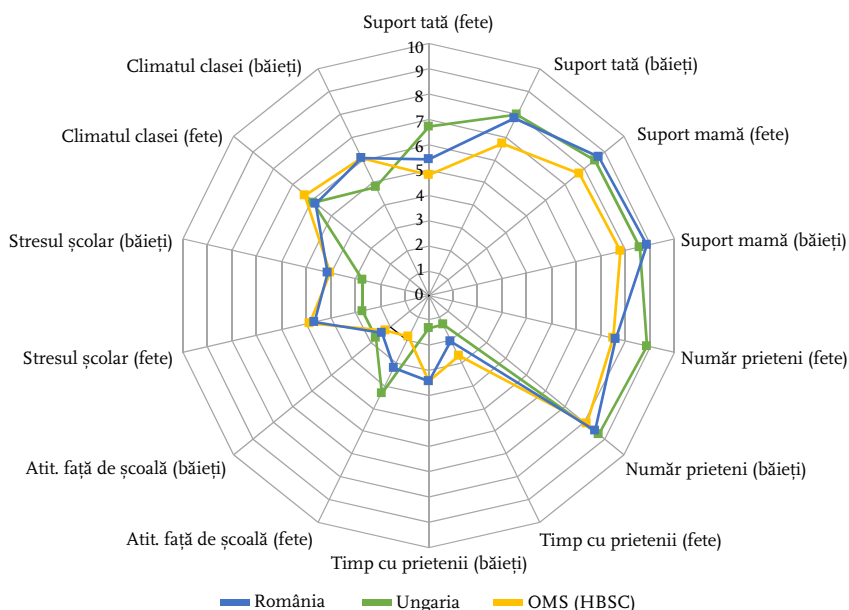


Figura 1.9. Vizualizarea frecvențelor (%) la variabila Influența suportului social (familie, grup de influență, mediu școlar) în funcție de sexul adolescenților (sursa: reprezentare proprie)

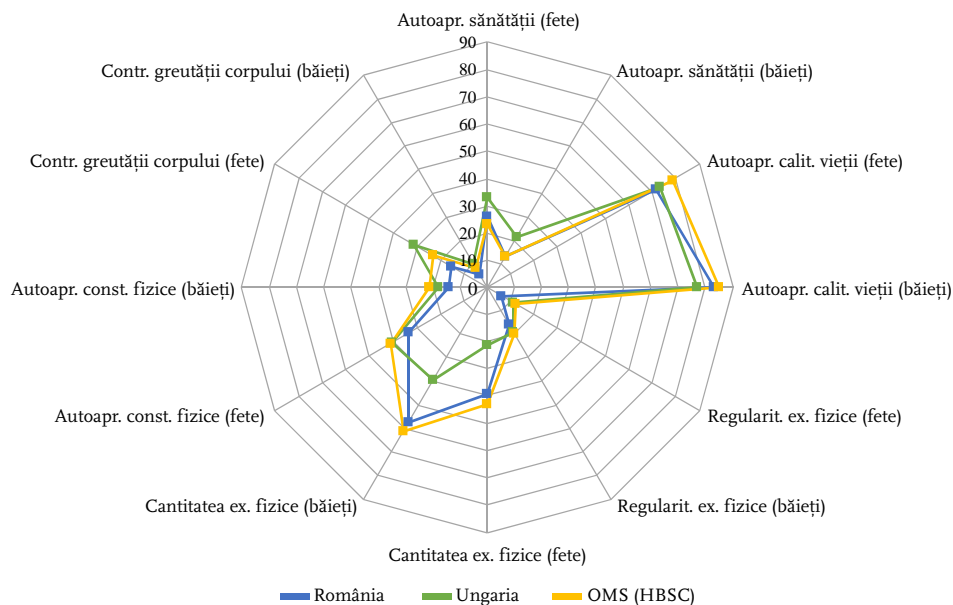


Figura 1.10. Vizualizarea frecvențelor (%) factorilor protectori ai comportamentului vizând sănătatea la adolescenți în funcție de sex (sursa: reprezentare proprie)

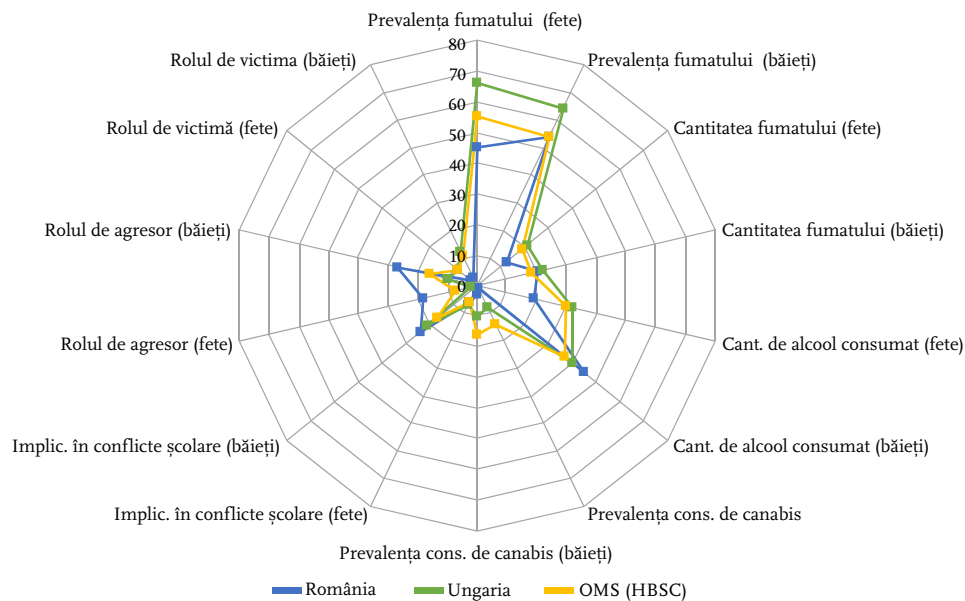


Figura 1.11. Vizualizarea frecvențelor (%) factorilor de risc ai comportamentului vizând sănătatea la adolescenți, respectiv a implicării în conflicte școlare în funcție de sex (sursa: reprezentare proprie)

În studiile HBSC efectuate în România (Băban și col. 2007) și în Ungaria (coord. Aszmann, 2002, Németh, 2006, 2010) s-au analizat următorii parametrii:

- *Comportamentul de sănătate*: obiceiurile alimentare, monitorizarea (controlul) greutății corporale; activitatea fizică; modul de petrecere a timpului liber (timpul petrecut la TV, la calculator, etc.); comportamentele de risc (consum de substanțe nocive: fumat, consum de alcool sau droguri); comportamentul sexual.
- *Starea de bine subiectivă*: autoaprecierea stării de sănătate; satisfacția vieții; autoaprecierea; perspectiva socială asupra sinelui; imaginea corporală; depresia; devianța; simptomele psihosomatice; bolile cronice.
- *Factorii contextuali*: demografici (sex, vârstă, proveniență geografică); statutul economic și social (SES); dezvoltarea biologică (pubertate și adolescență); mediul familial (compoziție, stil educativ, mod de disciplinare); grupul de apartenență (prietenii, relații, violență); mediul școlar (relaționarea cu școala, colegii de clasă, profesori, reguli, atmosferă).

Datele obținute din cercetarea noastră vor putea fi comparate cu cele obținute în cadrul proiectului internațional HBSC (Health Behavior in School-aged Children), desfășurat de Oficiul Regional pentru Europa al Organizației Mondiale a Sănătății (HBSC 2002, 2006)¹⁰. Astfel vom obține o imagine obiectivă a masei de adolescenți chestionați în cercetare în funcție de rezultatele obținute deja privitor la populația românească și la cea a altor națiuni.

Un reper important al cercetării noastre constă în *evidențierea factorilor care influențează sănătatea și modul de viață a adolescenților*, respectiv *conturarea rolului-cheie ale mediilor importante de socializare, așa cum sunt familia, școala și grupul de apartenență*. În demersul nostru ne-am raportat la cercetările amintite, urmărind particularitățile și schimbările apărute în dezvoltarea și în comportamentul legat de sănătate al ansamblului de adolescenți.

Studiile susțin că influența climatului social, reprezentat de influențele celor din jur (familie, prietenii, colegii de școală, profesori) are o importanță deosebită în perioada adolescenței, oferind și asigurând structurarea unor modele comportamentale cu caracter pozitiv sau negativ cât privește adaptarea, cu implicații directe asupra sănătății (Iamandescu, 2005).

În zilele noastre comunitățile sociale fundamentale se destramă, familiile și funcțiile acestora slăbesc, sistemele de instituții se transformă, iar valorile și normele suferă de asemenea schimbări considerabile. Relațiile umane sunt într-un proces de înstrăinare, slăbind rețeaua socială, și forța de coeziune (Albert-Lőrincz, 2011). Aceste modificări conduc la creșterea predispozițiilor adolescenților la adoptarea unor comportamente de risc. Totodată, numeroase credințe și obiceiuri legate de conceptul de sănătate se formează și se stabilizează în perioadele copilăriei și adolescenței (Smith, Orleans și Jenkins, 2004).

¹⁰ Young people's health in context. Health behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2001/2002 survey. WHO, Copenhagen. *Inequalities in Young People's Health. HBSC International Report from the 2005/2006 Survey.* World Health Organization, Copenhagen.

Activitatea fizică este importantă în perioada adolescenței din punctul de vedere al sănătății curente. Totodată, aceasta fundamentează starea de sănătate pe toată perioada vieții, însoțit de o calitate ridicată a vieții. De exemplu, activitatea fizică îl poate ajuta pe adolescent să-și mențină greutatea corporală optimă, și în același timp, reduce riscul de apariție a obezității la vârsta adultă; contribuie la dezvoltarea optimă a oaselor, dar reduce și riscul apariției osteoporozei.

Astfel, perioada adolescenței oferă cele mai mari posibilități în influențarea atitudinii față de modul de viață activ. Adolescenții care preiau încă din timpul școlii un sentiment de încredere asupra abilităților lor fizice și care au avut experiențe pozitive în legătură cu activitatea fizică au șanse mai mari să adopte un mod de viață activ la vârsta adultă (*Tenenbaum și Eklund, 2007*).

Una dintre cele mai pregnante problematice din domeniul comportamentului de sănătate al adolescenților cu multiple implicații psihosociale este imaginea propriului corp și satisfacția personală asupra greutății și percepției fizice.

În accepțiunea lui *Ogden (2010)*, nemulțumirea față de propriul corp (imagine fizică) poate fi privită din trei perspective diferite:

1. Estimarea deformată a mărimii corpului – nemulțumirea față de propriul corp, conceptualizată ca o estimare distorsionată a dimensiunii corpului și percepția că organismul este mai mare decât în realitate („Cred că sunt mai mare decât mi-aș dori să fiu.”).
2. Discrepanța față de ideal – subliniind o discrepanță între percepții ale realității față de cele ale unui ideal („Cred că sunt mai mare decât sunt în realitate.”).
3. Reacții negative față de propriul corp – nemulțumirea față de propriul corp, percepții și sentimente negative față de propriul corp („Nu-mi place corpul meu.”).

Comportamentele cu risc pentru sănătate, de exemplu petrecerea în mod pasiv a timpului liber sau creșterea numărului activităților sedentare, se constituie în timpul adolescenței timpurii și se fixează pentru perioadele de viață următoare. După unii cercetători (*Currie și Williams, 2000*) scăderea frecvenței comportamentelor de protecție a sănătății poate fi rezultatul scăderii concentrării atenției adolescenților acordate propriei sănătăți.

Conform lui *Hárdi (1992)* durata timpului liber, respectiv conținutul și calitatea acestuia influențează în mod pregnant echilibrul sufleteș al persoanei. Timpul liber petrecut în mod activ, diferitele modalități active de relaxare asigură echilibrul psihofizic al organismului uman.

Cercetările dovedesc atât influența factorilor sociali (de ex. atitudinile și modelele din partea celor de aceeași vârstă, a școlii, a familiei) cât și a imaginii subiective despre sine (care cuprinde aprecierea sinelui, stăpânirea de sine, sentimentul de competență personală) asupra stării de confort fizic și psihic deopotrivă (*Németh, 2007*).

Autoevaluarea stării de sănătate este compusă din percepția stării fizice și psihice a individului, dar poate fi influențată și de alți factori, cum ar fi vârsta, sexul, situația socio-culturală sau nivelul de școlarizare (*Pikó, 2007*).

Keresztes și Pikó (2007) au subliniat importanța factorilor psihologici în prevenirea comportamentelor cu risc pentru sănătate, atrăgând atenția, printre altele, asupra rolului pregnant al rețelelor de relații sociale, care își exercită cea mai puternică influență în perioada adolescenței.

Conform lui *Kulcsár (1998)*, comportamentul de sănătate are o dezvoltare optimă dacă este fundamentată pe obiceiuri consolidate încă din cicluri de dezvoltare timpurii. Din această perspectivă, cei mai importanți factori ai comportamentului de sănătate sunt cultura sanitară, educația parentală și procesul de învățământ.

Problematica vieții sociale în contextul social actual cuprinde printre diversele aspecte și fenomene ale socio-umanului și concepțiile referitoare la starea de sănătate și de boală, respectiv la stilul de viață sănătos sau nesănătos al indivizilor. Acestea sunt integrate în procesul de dezvoltare și socializare/individualizare, și constituie un reper important în abordările și cercetările internaționale recente (*HBSC, 2011*)¹¹.

¹¹ *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC): A WHO-collaborative Cross-National Study National Report 2010.*

CAPITOLUL II.

Analiza factorilor care influențează sănătatea fizică și mentală a adolescenților

2.1. Factori favorizanți și factori cu risc pentru sănătate

Efectuarea unor predicții referitoare la adoptarea comportamentelor cu risc pentru sănătate ne-ar aduce o contribuție importantă la înțelegerea variațiilor legate de starea de sănătate în societate. De asemenea, ar indica cu o precizie mai mare grupurile țintă și obiectivele stabilite în programele de intervenții elaborate în scopul adoptării comportamentului privind protejarea sănătății. O gamă largă de factori pot fi considerați responsabili cât privește diferențele individuale manifestate în tendința de a impune comportamente benefice sănătății, de exemplu factorii demografici, sociali, emoționali, percepția simptomelor, accesul la îngrijirile medicale, factorii de personalitate și cei cognitivi (Taylor 1991; Adler și Matthews 1994; Baum și Posluszny 1999).

Variabilele demografice precum vârsta, sexul, statutul socio-economic și etnic dovedesc asocieri solide cu performanțele în adoptarea comportamentelor de sănătate. În general, cu cât cineva este mai tânăr, cu o stare de sănătate bună și beneficiază de un suport social ridicat, alături de un nivel de educație ridicat și cu un nivel scăzut al stresului, cu atât este mai probabil că se va angaja în comportamente menite să-i protejeze și să-i îmbunătățească sănătatea (Taylor 1991; Adler și Matthews 1994). Studiile sociologice s-au centrat pe descrierea impactului mediului asupra atitudinii, comportamentului și stării de sănătate a copiilor și a adolescenților (Tinsley, 2003).

Factorii sociali, precum modelele parentale, de exemplu, se dovedesc importante în inducerea comportamentelor de sănătate încă din perioadele timpurii ale vieții. Influența celor de aceeași vârstă este importantă în inițierea fumatului (McNeil și col. 1988).

Rezultatele dovedesc că mediul de viață permite sau constrânge comportamentul și are un impact semnificativ asupra stării de sănătate a copilului. Analiza factorilor mediului din perspectivă sociologică se concentrează pe trei aspecte: statutul socio-economic, impactul familiilor privind climatul emoțional al vieții copiilor și impactul stării de sănătate a părinților asupra sănătății copiilor (Richter și col., 2000).

Factorii de personalitate joacă un rol important în exercitarea unor obiceiuri sănătoase. De exemplu, alimentația excesivă în cazul obezității poate fi legată de un nivel ridicat de stres (Greeno și Wing, 1994). Percepția simptomelor poate regla comportamentul unei persoane când, de exemplu, fumătorul va modifica obiceiul său în urma unor simptome somatice în gât (Royal College of Physicians, 2010)¹². Factorii de personalitate pozitivi (de ex. optimismul) sau negativi (afectivitatea negativă) influențează

¹² Royal College of Physicians. (2010) *Passive smoking and children*. A report by the Tobacco Advisory Group, London.

angajarea în comportamentul de sănătate. Dintre factorii de personalitate cu impact asupra comportamentului de risc, cercetările subliniază că extrovertirea și neuroticismul pot avea implicații în prevalența consumului de droguri (Conner și Norman, 2005). Totodată, factorii cognitivi influențează angajarea în comportamente de sănătate prin cunoștințele despre relațiile dintre comportamente-sănătate (sau existența conștiinței crescute a riscurilor).

Cummings și col. (1980), în cercetarea lor, au analizat diferite modele comportamentale și au stabilit acei factori psihosociali relevanți care determină în mod deosebit comportamentele de sănătate ale adolescenților. Acestea sunt: atitudinile față de sănătate (siguranța cât privește calitatea și beneficiile tratamentului), percepțiile riscurilor bolii, cunoștințele despre diferitele boli și caracteristicile relațiilor sociale ale individului.

Autorii sugerează că cercetările ulterioare s-ar putea centra pe analiza impactului personalității asupra comportamentului care are în vedere sănătatea, evaluarea percepțiilor asupra riscurilor, impactul comportamentelor/obișnuințelor din trecut, și identificarea predictorilor comportamentului de sănătate (Rutter și Quine, 2002).

Multe alte dovezi din literatura de specialitate asociază trăsăturile de personalitate cu comportamentul de sănătate și cu nivelul stării de sănătate rezultate din aceasta (Marshall și Biddle, 2001). Cercetările indică faptul că variabilele psihosociale au un rol mediator asupra comportamentului legat de sănătate.

Astfel atitudinile, percepțiile și cunoștințele legate de diferitele cauze sau riscuri ale îmbolnăvirilor circumscriu nivelul de conștientizare al adolescenților cu privire la starea lor de sănătate. Nivelul ridicat al conștientizării unor riscuri va determina abilitatea lor de a-și regla propriul comportament și de a îndeplini sarcinile aferente. Contrar, nivelul scăzut al conștientizării va conduce la performanțe mai scăzute în adoptarea comportamentului de sănătate. Persoanele caracterizate de un nivel de conștientizare ridicată sunt mai organizați, atenți, disciplinați și orientați spre performanță decât cele cu un nivel de conștientizare mai scăzută (McCrae și Costa, 1987).

De asemenea, percepțiile adecvate ale riscurilor sunt asociate cu modalitatea de coping centrată pe problemă, evaluare pozitivă și căutarea suportului social, alături de utilizarea redusă a strategiilor de evitare și de existența autoculpabilizării (Watson și Hubbard, 1996; O'Brien și Delongis, 1996). Astfel de caracteristici facilitează relația dintre opiniile despre sănătate și comportamentul vizând sănătatea, iar – în consecință – influențează performanțele în comportamentul de protecție a sănătății.

Slap (1991) a identificat cinci domenii considerate relevante în analiza factorilor implicați în comportamentul de risc (Slap, in Lerner și col. 1995):

Factori psihosociali	Implicații asupra stării de sănătate
1. Sexul	Băieții adoptă mai multe riscuri în luarea deciziilor și dovedesc de 2.5 ori mai multe șanse de a fi răniți fizic față de fete;
2. Statutul socio-economic	În comunitățile cu venituri mici rata deceselor cauzate de diferite accidente este de 2 ori mai ridicată față de cele cu SES ridicat. Rata sinuciderilor și atacurilor de persoane este mai ridicată în zonele cu venituri mici;

Factori psihosociali	Implicații asupra stării de sănătate
3 Structura familiei	Famiile cu membrii având probleme medicale, boli psihice sau neînțelegeri în familie, șomajul sau separarea copiilor de părinți prezintă un risc crescut cu privire la sănătate;
4. Nivelul de stres	Nivelul de stres ridicat se asociază cu simptome depresive și creșterea tendințelor de suicid;
5. Consumul de alcool și droguri	Consumul de alcool și droguri se asociază cu o creștere a tuturor formelor comportamentelor de risc. De asemenea, afectează negativ relațiile cu membrii familiei și cu prietenii.

Sursa: Slap, G. (1991) „Injury during adolescence, risk factors for”, in Lerner R., Petersen A. and Brooks-Gunn J. (Eds) *Encyclopedia of adolescence*, Vol. 1, New York: Garland Press.

Renner și col. (2008) și-au propus înțelegerea schimbărilor dinamice în percepția riscurilor și efectele asociate acestora cu privire la debutul, la menținerea, precum și la suspendarea comportamentelor relevante pentru sănătate.

Studiile susțin că nu este suficient ca adolescenții să recunoască riscurile pentru sănătatea lor. Majoritatea fumătorilor, de exemplu, recunosc că fumatul poate provoca boli (percepție de risc general). Pentru schimbarea comportamentului de risc, însă, este nevoie de o percepție a riscului la nivelul personal (percepție de risc individuală) (*Renner și Schwarzer, 2003*).

Dinamica percepției riscurilor pentru sănătate se bazează pe variațiile în procesul de coping. Astfel, evenimentele negative provoacă răspunsuri emoționale imediate, deosebit de puternice, urmate de răspunsurile comportamentale, pentru a minimiza amenințările sau pentru a face față unor evenimente adverse. În consecință, reacțiile față de posibilele expuneri la riscuri dovedesc o schimbare dinamică de-a lungul timpului, prin schimbările motivaționale și de adaptare la presiuni ale adolescenților. Motivația pentru angajarea în comportamente de sănătate și de prevenție va fi determinată de gradul de conștientizare a riscurilor obiective pentru sănătate, dar și de credințele și cunoștințele specifice legate de sănătate (*Renner și Schwarzer, 2003*).

Spre deosebire de copii mai mici, adolescenții din zilele noastre, se confruntă cu multe tentații și riscuri noi, cu impact asupra sănătății lor. Putem să ne gândim la prezența și diversificarea substanțelor ilicite accesibile adolescenților sau la tendințele de alimentație mai puțin sănătoase ale adolescenților de astăzi. Mai demult, stresul era considerat un fenomen care îi afecta îndeosebi pe adulți, însă în timpurile noastre este larg acceptat de către specialiști că adolescenții – și chiar și copiii – se confruntă cu evenimente stresante care le pot perturba viața și astfel le afectează negativ sănătatea și adaptarea lor psihologică (*Heaven, 2002*).

Totodată, comportamentele cu risc pentru starea de sănătate își pot face apariția în mod natural prin noile identificări ale adolescenților cu cei de-o vârstă și prin dorința lor de a atinge „statutul de adult” cât mai devreme (*Diclemente și col. 2009*).

Studiile au dovedit că comportamentele de risc persistă doar în mod temporar, până la stabilizarea trăsăturilor de personalitate trasate de împlinirea vârstei adulte (*Ortega și col., 2007*).

Maturizarea abilităților cognitive din perioada timpurie a adolescenței combinate cu noi experiențe de viață permit dezvoltarea judecăților social-morale, incluzând evaluarea mai corectă a riscurilor și a siguranței. Această dezvoltare a identității însă, deseori apare doar după o perioadă de explorare a rolurilor și comportamentelor sociale (Diclemente și col. 2009).

Atitudinile bazate pe deciziile morale suportă transformări semnificative în perioada adolescenței. Teoreticienii (Kohlberg 1963) susțin influența structurilor cognitive asupra nivelului de gândire, a percepțiilor sociale și a înțelegerii noțiunilor morale, în general.

Lipsa unui sistem de valori bine structurate sau a suportului social cu rol mediator în relațiile interpersonale ale adolescenților pot influența calitatea procesării informațiilor sociale, percepțiile referitoare la intențiile celorlalți și angajarea în comportamente cu risc pentru sănătate. Factorii culturali și sociali, cum ar fi instabilitatea familiei sau sărăcia, de asemenea favorizează apariția comportamentului de risc al adolescenților. Deși astfel de răspunsuri par a fi semne ale incapacității de adaptare din punctul de vedere al societății, ele pot fi totuși adaptative în cazul lipsei suportului din partea mediului.

Adolescența, caracterizată prin însușirea și cristalizarea valorilor, este considerată perioada în care se formează bazele comportamentelor și ale obiceiurilor legate de sănătate, iar acestea se dezvoltă și se stabilizează pe parcursul perioadelor ulterioare de vârstă. Cercetările arată că adolescenții de sex masculin au tendința de a adopta stilul de viață sănătos observat la tații lor, în timp ce fetele le imită mai mult pe mamele lor, stabilind astfel parametrii activităților de sănătate – specifice sexului – care vor fi utilizate apoi și la maturitate (Wickrama și col. 1999).

În consecință, studiile privind comportamentul de sănătate, respectiv programele de prevenție a comportamentelor cu risc, vor viza deseori perioada adolescenței (Diclemente și col., 2009). Deoarece, în general, adolescenții se caracterizează prin curiozitate și interes ridicat manifestat față de propriul corp, această perioadă oferă posibilități importante pentru promovarea bunelor practici de sănătate și implicarea adolescenților în deciziile care le privesc sănătatea (Committee on Health and Behavior, 2001).

Dezvoltarea normativă a adolescenților cuprinde atât sporirea independenței, schimbări în relațiile de familie, trecerea pe primul plan a afilierii la grupul de prieteni, cât și formarea identității, conștientizarea valorilor morale și maturizarea cognitivă, toate acestea manifestate pe fundalul schimbărilor fiziologice rapide (Sales și Irwin, 2009). Însă studiile subliniază că alături de aceste aspecte pozitive, acest stadiu de dezvoltare a personalității implică, de asemenea, creșterea necesității de explorare și de asumare a riscurilor. Autorii au definit riscul în sine ca o situație de pierdere, iar asumarea riscurilor este adesea privită ca angajarea în comportamente riscante care ar putea avea consecințe dăunătoare (Beyth-Marom și Fischhoff, 1997). Deși comportamente cu risc ridicat sunt considerate a fi o parte integrantă a adolescenței, ele sunt îngrijorătoare atât pentru părinți, cât și pentru specialiștii din domeniul sănătății, pentru că pun în pericol sănătatea adolescenților și starea lor generală de bine (Grumbaum și col. 2004).

Rezultatele potențiale pe termen lung ale adoptării riscurilor de către adolescenți pot consta în special în stabilizarea comportamentelor cu risc, cum sunt abuzul de

substanțe nocive, infecțiile și îmbolnăvirile cu transmitere sexuală, tulburările de alimentație și chiar a activitățile infracționale.

Asigurarea unor medii de susținere constituie un obiectiv pe termen lung al acțiunilor întreprinse pentru promovarea sănătății. Acestea prezintă un potențial important în protejarea tinerilor împotriva efectelor adverse ale riscurilor și în promovarea unui stil de viață sănătos, care optimizează șansele lor pentru protejarea sănătății. Modele corecte vizând activitățile fizice, obiceiurile alimentare sau aprecierea adecvată a corpului și a imaginii proprii care se formează și se stabilizează în timpul copilăriei și a adolescenței tind să se perpetueze și la maturitate. Studiile dovedesc totodată că lipsa de activitate fizică din adolescență constituie un predictor al obezității la vârsta adultă (Ogden, 2010).

Printre cei mai importanți factori protectivi cuprinși în cercetarea noastră amintim *analiza regularității activităților fizice, imaginea propriului corp și controlul greutății, calitatea vieții și starea de confort, autoaprecierea sănătății.*

Rezultatele studiului HBSC din 2005–2006 arată că doar o mică parte a elevilor adoptă recomandările WHO cu privire la efectuarea de cel puțin 60 de minute de activitate fizică pe zi. Studiul a constatat însă variații la nivelul diferitelor națiuni. Astfel, dintre elevii de 11 ani, au adoptat recomandările legate de ponderea și intensitatea activităților fizice doar 15% în Elveția, față de 43% în Slovacia, iar dintre elevii de 13 de ani, numai 12% în Franța, față de 42% în Slovacia. Cu toate acestea analiza transversală între națiuni a dovedit că în ceea ce privește tendințele observate în mai multe țări între anii 1986 și 2002, nivelul de participare a copiilor la activități fizice a crescut sau a rămas neschimbat. Alte studii HBSC au examinat asocierile variabilelor de vârstă, sex, diferențele socio-economice cu activitatea fizică. Nivelul de participare la activitățile fizice a fost studiat în funcție de calitatea somnului, de comportamentul sedentar și de problemele de greutate. Aceste studii au dovedit diferențe legate de sex, vârstă și statutul socio-economic, însă ele nu au susținut legăturile între activitatea fizică și comportamentele sedentare, în majoritatea țărilor. De asemenea, au fost efectuate analize pe mai multe niveluri pentru a explora importanța relativă a mediilor fizice și a politicilor școlare în predicția nivelului de activitate fizică în școală. Rezultatele sugerează că, la nivel individual, majoritatea studenților s-au dovedit interesați în a avea mai multe posibilități de a efectua activități fizice în mediul școlar (Molcho, Harel și Lash, 2004).

Anchetele HBSC din 2002 și 2006 din Irlanda nu au găsit o relație semnificativă între clasa socială și metodele adoptate de creștere a copiilor, legate de nivelurile de activitate fizică raportate. Cu toate acestea, studiul a dezvăluit diferențe legate de activitatea fizică cu privire la variabilele spațiului de locuit (urban/rural), de sex și de vârstă. Diferențele de vârstă au fost deosebit de vizibile în rândul fetelor. Astfel, 58% din categoria de vârstă 10–11-ani au raportat angajarea în activități fizice în timpul lor liber, comparativ cu 28% dintre cele între 15–17-ani. Un alt studiu efectuat pe populație irlandeză, examinând percepția tinerilor cu vârste cuprinse 12 și 18 ani cu privire la posibilitățile, barierele și sprijinul obținut pentru implicarea în activități active de recreere, a constatat că a existat un procent mic, dar semnificativ, de tineri (6% din cei incluși în eșantion), caracterizați de o motivație redusă pentru petrecere activă a timpului liber (deci s-au implicat foarte puțin în sport, hobby-uri sau activități de grup). Un aspect interesant al studiului este observația conform căreia în multe dintre

cazurile de abandon școlar timpuriu au aparținut acestei categorii. *De Roiste și Dineen (2005)* au constatat că un factor determinant al implicării copiilor în activitățile de agrement și sport constă în percepția lor privind mediul fizic în care trăiesc. Aceasta poate include percepții de insuficiență și de dificultăți în accesul la posibilitățile de recreere sau de petrecere a timpului liber (de exemplu, din cauza lipsei transportului public).

Datele din HBSC 2006 din Italia (Toscana) au arătat că 9,1% dintre copiii de 15 ani s-au angajat în activități fizice pentru cel puțin 60 de minute în fiecare zi raportată din săptămâna precedentă (în comparație cu 11,5% în cazul eșantionului italian național).

De asemenea, sondajul a arătat că:

- 19,7% din copiii de 15 ani din Toscana au fost supraponderali sau obezi (față de 17,6% din eșantionul național);
- 25,3% au raportat că au fost în stare de ebrietate de două sau mai multe ori (20,1% la nivel național);
- 31,8% au consumat cannabis cel puțin o dată (21,5% la nivel național).

În același timp, activitatea fizică poate fi asociată cu o mare varietate de avantaje, legate de obținerea unei calități ridicate a vieții (*Berger și Tobar, 2007*).

Pe când cercetările legate de funcțiile comportamentelor de sănătate s-au centrat în mod deosebit pe consumul de substanțe nocive, putem presupune că și alte modalități de cercetare îndeplinesc unele funcții care ar fi demne de explorat. De exemplu, consumul alimentelor de fast-food poate fi interpretată ca o reacție la normele impuse de părinți, legate de comportamentul nutrițional al copiilor. Devierile de la aceste norme poate fi folosite de adolescenți pentru a se distanța de la părinți și pentru a câștiga mai multă autonomie. Un alt exemplu interesant poate fi cel al controlului asupra greutateii corporale. Probabil că o anumită dietă alimentară este folosită de adolescente cu scopul de a fi acceptate într-un grup de colege și pentru a-și găsi mai mulți prieteni. Dorința de a fi atractivi pentru sexul opus poate facilita efectuarea de activități fizice regulate sau angajarea activă într-un sport. Totuși, adolescenții se retrag deseori de la acestea când alte sarcini ale dezvoltării sunt nesatisfăcute și devin mai importante (*Hurrellmann și Richter, 2006*).

Mulți adolescenți devin în această perioadă foarte preocupați de aspectul lor fizic și deseori își exprimă îngrijorările față de problemele pielii lor, doresc să aibă un corp mai athletic, să fie mai înalți sau mai scunzi sau să aibă greutatea corporală potrivită. Adolescenții cu un corp mai puțin armonios sunt considerați deseori ca fiind leneși sau neatenți cu propria persoană și, în consecință, aceștia vor tinde să aibă un corp la care, din punct de vedere biologic, sunt incapabili să ajungă (*Brownell, 1991*). Conform cercetărilor, supraponderalitatea expune adolescenții – în special fetele – la riscul de a dezvolta simptome depresive și la tulburări de anxietate (*Anderson și col., 2007; Petry și col., 2008*).

Obezitatea este o problemă majoră în țările industrializate din lume și în țările în curs de dezvoltare. Două treimi dintre adulții Statelor Unite sunt ori supraponderali, ori obezi. Începând cu anul 1980, rata adulților obezi în Statele Unite s-a dublat de la

15% la 30 % până în zilele noastre, iar rata obezității la copii aproape s-a triplat de la 6,5% la 16,3 % (*Trust for America's Health, 2008*)¹³.

Obezitatea poate conduce la boli cardiace, la hipertensiune, la diabet și la alte probleme de sănătate și, de asemenea, este a doua cauză a deceselor, care sunt considerate evitabile în Statele Unite (*Stein și Connolly, 2004*). Deși factorii genetici și anumite condiții medicale contribuie în multe cazuri la obezitate și la supraponderabilitate, tipurile de alimentație și stilul de viață joacă un rol major în dezvoltarea obezității. Mai puțin de 30% din adulții Statelor Unite (cu vârste de 18 ani sau mai în vârstă) se angajează în activități fizice regulate în timpul lor liber. Însă mai mult de o treime a tinerilor din clasele 9–12 nu efectuează activități fizice regulate viguroase (*Trust for America's Health, 2008*).

Calitatea vieții reflectă satisfacția armonioasă pe care o oferă îndeplinirea obiectivelor și a dorințelor personale (*Diener, 1994*). Aceasta evidențiază mai degrabă, experiențele subiective, percepțiile și nevoile spirituale, decât condițiile obiective ale vieții și a împlinirii personale. Calitatea vieții a fost considerată de cercetători un concept sinonim cu satisfacția și bunăstarea subiectivă sau cu fericirea. Acești termeni reprezintă, de asemenea, aspecte importante ale sănătății psihologice (*Bowling și Windsor, 2001; Diener, 1994*).

Starea de satisfacție subiectivă reflectă evaluarea multidimensională a vieții și include satisfacția cât privește viața afectivă. Starea de confort constituie o contribuție majoră la calitatea vieții și poate fi conceptualizată atât ca o stare de moment, cât și ca o trăsătură relativ stabilă (*Eid și Diener, 2004*). Din punct de vedere teoretic, cercetătorii au identificat trei structuri majore cât privește compoziția calității vieții, și anume: (1) prezența emoțiilor pozitive, (2) lipsa emoțiilor negative, și (3) nivelul ridicat de satisfacție cât privește realizările vieții (*Diener, 1994*). *Spéder și Kapitány (2002)* în analiza gradului de satisfacție a reușitei în viață au constatat influența benefică a relațiilor sociale, a relațiilor familiale și de prietenie asupra calității generale a vieții, evidențiind, în același timp, rolul percepției favorabile a stării de sănătate.

Autoevaluarea sănătății este un indicator subiectiv al stării de sănătate. Acesta este predictivă cât privește rezultatele obiective ale sănătății, atât la adulți, cât și la adolescenți (*Burstroem și Fredlund, 2001*).

Autoevaluarea sănătății a fost asociată, totodată, cu simptome ale anxietății și ale depresiei, cu factori școlari și familiali precum performanțele școlare, experiențele școlare pozitive, structura familiei sau comunicarea cu părinți (*Gaspar de Matos și col., 2003; Ravens-Sieberer și col., 2004; Torsheim și col., 2004; Schnor și Volmer-Larsen Niclasen, 2006*).

Suportul emoțional, acceptarea din partea părinților și relațiile apropiate dintre membrii familiei contribuie semnificativ la scăderea șanselor de a consuma substanțe nocive sau de a se angaja în comportamente riscante pentru sănătate (*Turner, Irwin, Tschann și Millstein, 1993*). Cercetările susțin că adolescenții care trăiesc în familii monoparentale prezintă șanse mai mari de a utiliza substanțe ilicite, iar relația

¹³ Trust for America's Health (2008). *F as in Fat: How Obesity Policies Are Failing in America*. Washington, D.C.: TFAH.

dintre structura familiei și adoptarea comportamentelor de risc din partea adolescenților este încă ambiguă (*Flewelling și Bauman, 1990*). O posibilă explicație legată de acest aspect ar putea consta în nivelul mai scăzut al supravegherii.

Un studiu recent a constatat o creștere de două ori mai mare în consumul de substanțe în rândul elevilor de clasa a opta care au fost lăsați singuri după orele școlare, comparativ cu colegii lor supravegheați (*Richardson și col., 1989*). Rolul monitorizării în educația copiilor este larg acceptată ca fiind în corelație importantă cu comportamentul de risc al adolescenților (*Jaccard și Dittus, 1991*). Monitorizarea și supravegherea încorporează atât comunicarea dintre părinte și copil, cât și supravegherea tinerilor, fiind determinate de caracteristicile specifice ale relației părinte-copil (*Chilcoat, Breslau și Anthony, 1996; Mulhall și col., 1996; Smith și Rosenthal, 1995; Steinberg, 1990*).

Totodată, influența părinților asupra comportamentului adolescenților pare să varieze în mod special în funcție de calitatea relației dintre adolescenți și mamele lor. Nivelurile ridicate ale conflictelor familiale sunt asociate cu rate crescute ale comportamentelor de risc adoptate de către adolescenți. Conform lui *Baumrind (1991)* există o strânsă asociere între stilul parental și consumul de substanțe nocive al adolescenților. Astfel, la adolescenții ai căror părinți sunt exigenți, dar și receptivi la problemele copiilor lor a fost mai puțin probabilă prezența utilizării substanțelor ilicite, față de cei cu părinți „autoritari – exigenți”, dar neimplicați sau permisivi (fără exigențe, dar receptivi la problema consumului de droguri). Adolescenții cu părinți neglijenți și repulsivi au dovedit o probabilitate mai ridicată de a se angaja în abuzul de substanțe nepermise.

Studiile au prezentat dovezi care susțin faptul că nu atât prezența sau absența unui părinte este factorul care determină angajarea în comportamente de risc sau nesănătoase pentru sănătate ale adolescenților (*DiClemente și col., 2009*). Premisele cercetărilor care au analizat aceste aspecte au constatat în faptul că adolescenții susținuți doar de un singur părinte beneficiază de o atenție scăzută din partea acestuia, la care se adaugă resursele materiale mai limitate (*Eccles și col., 1989*). Cercetările susțin însă că prezența cârților sau a altor resurse intelectuale ale dezvoltării, alături de atenția sporită a adultului față de copil, pot avea niște influențe semnificative cât privește comportamentul acestora relativ la sănătate.

Perioada de dezvoltare din adolescență presupune deci o autonomie crescută față de familie și identificarea cu un grup de colegi. Astfel, impactul părintesc asupra comportamentului de risc poate suferi variații în funcție de creșterea influențelor colegilor. Conform lui *Jessor și Jessor (1977)*, influența relativ crescută din partea colegilor este asociată cu o tendință mai mare față de adoptarea comportamentelor-problemă. Autorii au constatat că dominarea ca lideri a celor de aceeași vârstă constituie un bun predictor privitor la consumul de droguri, de alcool și al debutului precoce al activității sexuale (*Jessor, Chase, și Donovan, 1980; Jessor and col., 1995*). *Lashbrook (2000)* propune o explicație a acestei influențe prin încercarea adolescenților mai în vârstă de a evita emoțiile negative, așa cum sunt sentimentele de izolare și insuficiență afectivă prin participarea la comportamentele cauzatoare de risc alături de colegii lor. Presiunea interpersonală este privită de specialiști ca un factor etiologic în comportamentul de risc al adolescenților. Cu toate acestea, este încă neclar dacă comportamentele provocatoare de risc sunt inițiate în scopul de a se conforma unui grup de

colegi existent sau dacă adolescenții cu înclinații spre comportamente de risc sunt atrași de cei care prezintă tendințe asemănătoare (*Lashbrook, 2000*).

Alte influențe din societate, de exemplu mass-media sau normele comunitare, pot influența, de asemenea, comportamentul de risc. Însă influența modelelor comportamentale prezentate de mass-media asupra comportamentului real nu este încă îndeajuns dovedită. Diferitele comunități și spațiile de locuit asigură adolescenților facilități și motivații variate cât privește angajarea lor în comportamentele de risc (*Crockett și Petersen, 1993*). De exemplu, autorizarea în anumite colectivități a aparatelor automate de țigări sau scăderea vârstei la care se poate cumpăra alcoolul oferă adolescenților posibilități de angajare în comportamente de risc legate de consumul excesiv al acestora (*Geronimus, 2003*).

Pentru a obține o perspectivă de ansamblu în examinarea factorilor și a modalităților de gândire care influențează probabilitatea angajării în situații de risc a adolescenților, teoreticienii trebuie să ia în considerare simultan rolul factorilor biologici, pe cei ai influențelor psiho-sociale și cei ai mediului. Cercetătorii și-au îndreptat atenția spre asigurarea unei mai bune înțelegeri a interacțiunii dintre fundamentele biologice, de mediu, și cele comportamentale, subliniind utilitatea unei astfel de abordări, în special în explicarea comportamentelor cauzatoare de risc (*NIH Advisory Committee, 2004*)¹⁴.

Teoriile care pun accentul pe factorii biologici subliniază că, privitor la comportamentele implicând riscul, pot exista patru surse: (1) predispozițiile genetice, (2) influențele hormonale, (3) influența asincronității calendarului puberal (pubertate care începe mai devreme sau mai târziu decât cea a colegilor) și (4) dezvoltarea sistemului nervos central. Modelele genetice sunt folosite pentru a explica tiparele familiale care pot fi observate în consumul de alcool și de droguri. Rezultatele studiilor dovedesc că copiii care au părinți alcoolici prezintă o probabilitate mai ridicată de a ajunge la un abuz de alcool decât ceilalți (*Adger, 1991; Marlatt, Baer, Donovan și Kivlahan, 1988*).

Influențele hormonale au un rol important în debutul comportamentului de risc la adolescenți prin impactul lor asupra dezvoltării lor în perioada pubertății. Adolescenții cu o maturitate fizică mai mare prezintă un potențial de debut precoce al comportamentelor creatoare de risc, intensificat de asocierea lor la un grup de colegi mai în vârstă.

Maturizarea lentă a sistemului de control cognitiv al creierului, care reglementează mecanismul impulsurilor determină vulnerabilitatea crescută, în adolescență, a comportamentelor de risc. (*Steinberg, 2004*) Conform lui *Steinberg (2007)*, abilitatea raționamentului logic este în mare parte pe deplin dezvoltată până la vârsta de cincisprezece ani. Capacitățile psiho-sociale, însă, (controlul impulsurilor, reglarea emoțiilor, întârzierea satisfacției, și rezistența la influențelor celor de-o vârstă), care ar trebui să faciliteze luarea deciziilor și asumarea unui risc moderat continuă să se maturizeze chiar și la vârsta adultă (*Steinberg, 2004; 2007*). Autorul a constatat că, în prezența colegilor, adolescenții își asumă mult mai multe riscuri în comparație cu adulții (*Steinberg, 2004*).

¹⁴ Working Group of the NIH Advisory Committee (2004). *Report of the Working Group of the NIH Advisory Committee to the Director on Research Opportunities in the Basic Behavioral and Social Sciences*.

Atunci când dezvoltarea fizică precede dezvoltarea cognitivă (cum este adesea cazul fetelor maturizate timpuriu), adolescenții prezintă un risc crescut față de diferite afecțiuni comportamentale. Uneori mediul social poate manifesta așteptări nerealiste sau reacții exagerate cu privire la adolescenții dezvoltați precoci. Maturizarea relativă, însă, atât pe plan cognitiv, cât și pe cel al funcționării sociale și lipsa experienței adecvate expun adolescenții la riscului de a se izola și de a deveni victime ale sentimentelor de neînțelegere și de singurătate.

Teoriile psihologice ale asumării riscului se centrează pe rolul cognițiilor, și ale trășăturilor de personalitate și ale caracteristicilor dispoziționale în comportamentul implicator de riscuri. Conform acestor teorii, adolescenții se percep „invulnerabili” în fața riscurilor. Însă studiile au dovedit, că la toate vârstele se poate observa o subestimare a probabilității de a se confrunta cu evenimentele negative și consideră că procesul de luare a deciziilor ar putea oferi explicații legate de comportamentul de păstrare a sănătății. *Fischhoff (1992)* a identificat cinci componente importante în luarea deciziilor legate de riscuri: (1) identificarea mai multor opțiuni alternative; (2) identificarea consecințelor posibile ale acestora; (3) evaluarea efectului altor consecințe potențiale; (4) aprecierea probabilității acestor consecințe și (5) combinarea informațiilor pentru a lua o decizie. *Keating (1990)* susține că la vârsta ei cele mai multe persoane iau decizii într-o manieră asemănătoare cu cea a adulților. De la 14–15 ani, adolescenții au capacitatea de a genera și de a evalua o gamă largă de opțiuni alternative. Deși procesul de luare a deciziilor poate fi similară în cazul adolescenților și al adulților, conținutul componentelor menționate anterior poate să difere substanțial, în funcție de experiența, prejudecățile, determinarea personală, presiunea socială și situația concretă. De asemenea, *Beyth-Marom, Austin, Fischhoff, Palmgren și Jacobs-Quadrel (1993)* au constatat că modelele de răspuns al adolescenților și al adulților față de un potențial risc au fost în mare măsură similare. Însă există unele dovezi conform cărora adolescenții acordă o atenție mai mare consecințelor proximale (mai puțin severe) decât consecințelor distale (potențial mai severe), tendință observabilă și în luarea deciziilor. În ceea ce privește percepția riscurilor, adolescenții s-au dovedit la fel de eficienți ca și adulții în perceperea riscurilor sau la fel de sensibili în estimarea riscurilor (*Reyna și Farley, 2006*). Totodată, influența relativă a personalității și a factorilor individuali privind procesul decizional la adolescenți reflectă o tendință generală spre un comportament neconvențional. În sistemul personalității, neconvenționalitatea se manifestă în acordarea unei valori mai mari independenței decât performanțelor și în toleranța crescută față de devianțele comportamentale. Interacțiunea factorilor psihologici amintiți poate conduce la adoptarea unor comportamente de risc cum sunt, de exemplu, consumul de alcool și de droguri, fumatul sau implicarea adolescenților în grupuri deviante (*Jessor, 1976; Jessor, Chase și Donovan, 1980*). Căutarea senzațiilor „tari”, ca o trășătură de personalitate, poate fi examinată pentru a explica comportamentul de risc. Potrivit lui *Zuckerman (1990)*, căutarea senzațiilor „tari” este o trășătură definită prin „nevoia de senzații și experiențe variate, noi și complexe și de dorința de a-și asuma riscuri fizice și sociale de dragul unor astfel de experiențe.” Adolescenții caracterizați printr-un nivel crescut de căutare a senzațiilor dau dovadă de o percepție mai scăzută a riscurilor în diferitele situații, comparativ cu colegii lor caracterizați de un nivel scăzut al acestei trășături. După *Grunberg și col. (2011)*, nivelul de stres ridicat se asociază cu consumul de droguri, iar

acesta din urmă, la rândul lui, conduce la creșterea nivelului de stres printr-un cerc vicios. Totodată nivelul ridicat de stres este strâns legat de scăderea calității în funcționarea cognitivă, și de reducerea comportamentelor prosociale (Sarafino, 2011).

Alte caracteristici individuale, așa cum sunt autoaprecierea, dispozițiile afective negative sau tendințele de atribuire a succesului și a eșecurilor au fost adesea considerate predictorii ai comportamentului de risc. Aprecierea scăzută de sine a fost asociată cu debutul precoce al vieții sexuale, în special în cazul fetelor. Emoțiile negative și simptomele depresive, alături de nivelul ridicat al stresului, au fost strâns legate de inițierea și intensitatea fumatului la adolescenți (Covey și Tam 1990; Crepaz și Marks, 2001). Analizele lui Kohler (1996) au dovedit o corelație semnificativă între asumarea riscurilor și sexul adolescenților, modul lor de gândire critică și locul controlului. Studiile susțin că mulți adolescenți au început consumul ocazional de alcool în anii de liceu, iar aproape o treime dintre ei au avut prima experiență de acest fel la treisprezece ani. Rezultatele indică faptul că, cu cât vârsta de debut a fenomenului este mai timpurie, pe atât crește probabilitatea dezvoltării unor deficiențe comportamentale legate de abuzul de alcool, mai târziu (Hingson și col., 2006; Behrendt și col., 2009).

Conform lui Renner și col., (2008) este nevoie ca adolescenții pentru a fi motivați să adopte măsuri de protecție să perceapă existența unui risc (Armitage și Conner, 2001; Renner și Schwarzer, 2003). Percepția riscului este concepută de teoreticieni ca și opinii legate de probabilitatea sau de pericolul de a fi afectat de un eveniment negativ (de exemplu, de a fi infectat cu HIV), în asociere cu gravitatea evenimentului (de exemplu, aceasta poate fi letală) (Weinstein și Nicolich, 1993).

Renner și col. în studiul lor au analizat predicția intențiilor adoptării comportamentelor de risc și rezultatele lor confirmă factorii care influențează acestea: așteptările legate de rezultate; autoeficiența propriei acțiuni, și percepția riscului. De asemenea, studiile au dovedit asocieri între autoeficiență și eficiența copingului, acestea constituind predictorii importanți ai dimensiunilor comportamentale legate de sănătate.

Perspectiva social-cognitivă a sănătății identifică trei factori considerați drept posibili predictorii: aprecierea riscului-definit ca vulnerabilitate percepută în raport cu ceilalți; așteptările legate de rezultatele comportamentului (ex. beneficiile așteptate ale unei alimentații preventive) și încrederea în propriul randament în fața obstacolelor și a barierelor adoptării comportamentului vizând sănătatea (Renner și col., 2008).

Din perspectiva teoriilor sociale și ecologice, comportamentul de risc este privit prin prisma influențelor colegilor, a structurii și a funcțiilor familiei și ale instituțiilor (de exemplu, școala) în adoptarea comportamentelor de risc. Aceste teorii evidențiază modul în care variabilele aparținând contextului social oferă modele și situații favorizante pentru adolescenți în adoptarea unor comportamente de risc. Modelele de conduită sunt însușite cel mai frecvent în familie sau în mediul social în care își desfășoară activitatea adolescentul (mediul școlar sau grupul de apartenență).

2.2. Factorii contextuali ai comportamentului de sănătate

2.2.1. Statutul socio-economic al familiei și nivelul de educație a părinților

Contextul social mai larg dovedește implicații semnificative asupra comportamentului de sănătate a adolescenților. Impactul socio-economic al diferențelor din mediul de viață și expunerea la riscuri în mediul lor existențial au fost recunoscute de specialiști ca niște factori majori ai producerii inegalităților de raportare la sănătate. Deși asocierile generale dintre factorii sociali și cei de sănătate sunt clar dovedite, această relație nu poate fi privită în termeni de cauzalitate. Factorii socio-economici sunt considerați ca fiind cauze distale, iar efectele lor sunt mediate de mai multe cauze proximale, după cum sunt condițiile materiale de trai, factorii psihosociali legați de comportamentul de sănătate și accesul la serviciile de sănătate și la cele sociale. Totodată, copiii și adolescenții sunt mai vulnerabili decât adulții la deteriorarea sănătății cauzate de anumite varietăți de factori de mediu, așa cum sunt:

- faptul că sistemele existente în organismul lor se dezvoltă rapid;
- faptul că mediul în care trăiesc și se joacă este „mai aproape de sol”;
- faptul că factorii de latență necesită un timp mai îndelungat ca să exercite vreo influență;
- faptul că au un control mai redus asupra mediului lor de viață decât adulții;
- și faptul că pot începe să adopte, în timpul adolescenței, comportamente care îi expun la riscuri mai ridicate (Currie și col., 2008).

Studiul HBSC (Currie și col., 2008) a dovedit inegalități mari în materie de sănătate ale tinerilor și legături strânse dintre sănătatea adolescenților și statutul socio-economic al familiilor. De asemenea, studiul a evidențiat că fetele din țările și din grupele de vârstă analizate raportează mai puțină activitate fizică decât băieții, iar diferențele de sex prezintă o tendință de creștere odată cu vârsta. Autorii au constatat că adolescenții de 15 de ani (în medie 16%) dovedesc o probabilitate mai scăzută de a se angaja în întâlniri cu prietenii cu scopul unei activități fizice, față de cei de 11 de ani (cu o medie de 26%). Totodată, copii proveniți din familiile înstărite au dovedit o probabilitate mult mai mare în a respecta normele. Îmbunătățirea mediului fizic ar putea crește foarte mult posibilitățile tinerilor legate de starea de sănătate, în special prin eliminarea obstacolelor participării la activități fizice și prin reducerea riscurilor de accidentare. Școlile și comunitățile joacă, de asemenea, un rol important în stimularea factorilor de protecție prin asigurarea unor medii pozitive și optime practicării activităților fizice.

Caracteristicile demografice și statutul socio-economic specific au fost în mod tradițional în centrul atenției în eforturile de a descrie și de a prevedea evoluțiile proceselor legate de sănătatea copiilor (Academia Americana de Pediatrie, 2000; DiLiberti, 2000). Peirce și col. (2000) consideră statutul social ca fiind reprezentativ pentru o gamă largă de caracteristici ale mediului asociate cu socializarea ținând de sănătate a

copiilor, menite să îmbunătățească sau, dimpotrivă, să defavorizeze starea de sănătate.

Studiile sociologice dovedesc că adulții și copii aparținând unei clasei sociale mai înalte, au acces de obicei la servicii de sănătate mai eficiente și le utilizează mai frecvent, și astfel posedă o stare a sănătății mai bună (*Adler și col., 1994*). Variabilele legate de creșterea și educarea copilului, precum vârsta, nivelul de educație, ocupația și veniturile părinților sunt aspecte ale statutului socio-economic aflate în strânsă asocierie cu starea și comportamentul privitor la sănătate al copiilor. Ele influențează puternic mediul de sănătate în care copiii se dezvoltă prin modificarea aspectelor de mediu familial, așa cum sunt interacțiunea părinte-copil (de exemplu, strategiile de educație maternă, tehnicile disciplinare), opiniile și atitudinile parentale, atributele fizice (spațiu, aglomerare, curățenie, zgomot), organizarea rutinei zilnice, regularitatea și prezizibilitatea programelor și a îngrijirii, precum și disponibilitatea produselor alimentare și a altor resurse materiale.

Expunerea subiecților în medii dăunătoare sănătății suferă un proces de acumulare pe parcursul vieții, până la vârsta adultă, impactul lor variind în funcție de sexul și statutul social (*Holland și col., 2000*). Copiii își însușesc comportamentele și informațiile legate de sănătate prin relațiile lor cu părinții și în acestea, se regăsesc majoritatea factorilor de socializare primară. Din această perspectivă, părinții joacă un rol important în structurarea și menținerea unui mediu menit să îmbunătățească sănătatea adolescenților sau, în mod contrar, să dăuneze sănătății copilului lor, în funcție de statutul și resursele lor socio-economice.

Totodată studiile demonstrează că *nivelul de educație* constituie unul din aspectele cele mai semnificative ale statutului social, cu impact puternic asupra modului în care copiii învață să aibă grijă de propria lor sănătate (*Hupkens, Knibbe, Van Otterloo și Drop, 1998*). Astfel, mamele cu un nivel mai ridicat de educație au ținut seama mai des preferințele copiilor lor în alegerea produselor alimentare decât mamele cu un nivel mai scăzut de educație.

Cercetările privind statutul social și starea de sănătate ale copiilor constată că statutul socio-economic scăzut se asociază cu cunoștințe restrânse și cu atitudini preponderent negative legate de sănătate, de o determinare mai slabă în practicile care previn îmbolnăvirile și de un stil de viață mai puțin sănătos, deopotrivă la părinți și la copiii acestora (*Ausländer, Haire-Joshu, Rogge și Santiago, 1991; Donovan, Jessor și Costa, 1991; Sigelman și col., 1993*). De exemplu, unele boli specifice, așa cum sunt astmul, gastroenterita, gripa, meningita, otita și infecțiile respiratorii se regăsesc mai frecvent la copiii din grupurile socio-economice scăzute (*Vignerova și col., 2000*).

Cu toate acestea, statutul socio-economic s-a dovedit a fi un factor descriptiv, mai degrabă decât o variabilă explicativă. Astfel, ea arată covariații cu o serie de factori care influențează comportamentul de sănătate, incluzând structura și venitul familiei, dar și educația copilului, care la rândul lor par a fi puternic legați de utilizarea serviciilor de îngrijire a sănătății în copilărie și de starea sănătății copilului. Din datele obținute prin interviuarea a peste 1.500 de copii cu vârste între cinci și doisprezece ani din diferite medii de viață, din mediul rural și din cel urban, au rezultat dimensiunile înțelegerii complexe a sănătății proprii: funcționarea cotidiană, comportamente medicale legate de stilul de viață corect și sănătatea mentală (de exemplu, un sentiment general de bunăstare și de bună relaționare cu ceilalți).

Rezultatele din sondajul HBSC 2006 din Germania dovedesc că subiecții dezavantajați social au raportat o autoevaluare a sănătății lor mult mai deficitară comparativ cu colegii lor privilegiați socialmente. În graficul de mai jos sunt cuprinse rezultatele autoraportărilor unor variabile, precum: agresiunea fizică, well-being, problemele de sănătate de natură psihosocială, obezitatea, autoaprecierea negativă a sănătății și bolile cronice. Dintre copii germani care au raportat SES de nivel scăzut 22,9% au evidențiat două sau mai multe leziuni în ultimele 12 luni. Interesant, proporția copiilor care aparțin grupului privilegiat SES (3-SES ridicat) a fost mai ridicată (27,8%) decât a celor din grupul social defavorizat (20,3%) (2-SES mediu) cât privește raportarea unuia sau a mai multor agresiuni fizice în anul precedent. Efectul SES privind consumul de substanțe nocive s-a dovedit, de asemenea, a juca un rol în consumul de alcool, dar nu și în consumul de cannabis sau cât privește fumatul. În plus, băieții, în special cei din familiile defavorizate social, au dovedit un risc mult mai crescut legat de creșterea excesivă în greutate.

2.2.2. Structura și funcționalitatea familiei

Modelările din partea familiei s-au dovedit a fi strâns legate de angajarea adolescenților în comportamentele de risc. Structura familiei, dar în mod deosebit relațiile din interiorul ei (părinți-copii), se dovedesc a fi determinante relativ la frecvența comportamentelor de risc ale adolescenților. În schimb, relațiile conflictuale dintre părinți și copii, distanțarea emoțională și lipsa disponibilității a părinților conduce la creșterea frecvenței conduitelor de risc pentru sănătate (*Sales și Irwin Jr., 2009*).

Factorii familiari și cele legate de spațiul de viață prezintă strânse asocieri cu sănătatea mentală și fizică. Copiii care cresc în familii cu ambii părinți au dovedit o stare de sănătate mai bună. Studiile au dovedit de asemenea că copiii în situație monoparentală au prezentat o tendință mai ridicată a ratei mortalității, a bolilor mentale și a leziunilor fizice decât întreținuți de ambii părinți (*Hollander, 2003*).

Rezultatele cercetărilor evidențiază că, în general, printre elevii din ciclurile primare, respectiv printre cei care trăiesc în medii comunitare mai restrânse, este mai obișnuită conviețuirea în familii închegate, împreună cu mai mulți frați (*Örkenyi, 2007*). Totodată, în aceste condiții adolescenții au raportat o comunicare mai ușoară cu membrii familiei lor, deși aceasta dovedește o tendință de scădere odată cu înaintarea în vârstă. Aceste rezultate sunt în concordanță cu cele ale altor studii din domeniu și dovedesc că în general această categorie de vârstă este caracterizată de dificultăți pe planul comunicării între generații (*Jackson și col., 1998*). De asemenea, percepția adolescenților cu privire la monitorizarea și afectivitatea din partea părinților prezintă valori mai scăzute, ceea ce denotă transformarea relațiilor dintre părinți și copii în această perioadă a vieții (*Lynch și Cicchetti, 1997; Paikoff și Brooks-Gunn, 1991; Seiffge-Krenke și col., 2010; Steinberg și Morris, 2001; Creuter și Bumpus, 2001*).

Fetele percep un nivel mai crescut al controlului maternal. Grija taților a fost evaluată în același măsură de către băieți și fete, dar controlul taților este perceput mai solid de către băieți. Comparând rolul mamelor și al taților, studiile dovedesc că ma-

mele cunosc mai multe lucruri despre copii lor decât tații, acest lucru putând fi explicat prin faptul că mamele petrec mai mult timp cu copii lor. (*Waizenhofer și col., 2004; Fallon și Bowles, 1997*)

Normele, valorile și modelele comportamentale adoptate într-o familie constituie entități importante pentru dezvoltarea personalității, a credințelor și a atitudinilor adolescenților. Ei interiorizează concepțiile de sănătate și acele opinii și comportamente care susțin sănătatea. Favorizarea mediului familial asigură interacțiuni care întăresc starea de sănătate a membrilor familiei și adoptarea unor norme comportamentale eficiente (*Albert-Lőrincz 2011, Andorka 2006*).

Influența substanțială a modalităților de educare aplicate de părinți asupra evoluției în dezvoltarea adolescentului este din ce în ce mai evidentă. Astfel, adolescenții crescuți într-o atmosferă autoritară adoptă în mod consecvent și cu mare frecvență comportamente protective pentru sănătate și se angajează rar în comportamente de risc, comparativ cu cei crescuți în familii neautoritare (*Davies și col. in Diclemente și col., 2009*).

Concordant cu cercetările anterioare, studiul nostru aduce dovezi că mamele știu mai multe despre viața copiilor lor decât tații. Mamele au utilizat metode mai pasive în monitorizarea copiilor lor decât tații, au participat în mai multe activități comune cu copii lor și au discutat mai mult cu aceștia, în special pe marginea unor teme personale.

Studiile susțin că adolescenții discută mai mult cu mamele lor decât cu tații, iar diferența între supravegherea mamelor și cea a taților nu a fost mai ridicată în cazul fiilor față de cea a fiicelor. Rezultatele au dovedit mereu că ambii părinți discutau mai mult cu fetele lor decât cu băieții. Mamele știu mai multe despre fiicele lor decât despre fiii lor, lucru explicabil prin faptul că mamele participă la mai multe activități comune cu fiicele lor și prin faptul că adolescențele dau dovadă de o relație caracterizată de o apropiere și de o intimitate deosebite față de mame. În cazul taților acest fenomen poate fi explicat prin faptul că deși tații își pun încrederea în soțiile lor vizavi de educarea fetelor, la rândul lor aceștia le împărtășesc problemele.

O posibilă explicație ar putea fi aceea că pur și simplu băieții se bucură de o autonomie mai mare decât fetele din partea ambilor părinți sau că fetele duc o viață mult mai structurată decât cea a băieților. Adolescențele se dovedesc a fi mai săritoare în a împărtăși informațiile despre ele în mod voluntar părinților lor decât băieții. Acesta ar putea sugera stabilirea unei intimități mai crescute între fete și mamele lor și se presupune că ele vor dovedi mai puține comportamente deviate decât băieții.

Rezultatele lui *Walker și Taylor (1991)* dovedesc că copiii ale căror familii prezintă o coeziune scăzută raportează mai multe simptome fizice negative decât cei care cresc în familii caracterizate de un nivel ridicat de coeziune. Nivelul ridicat al coeziunii familiale a fost asociat cu respectarea orelor de culcare regulate ale copiilor și cu motivația ridicată pentru a se conforma normelor sanitare din familie. O posibilă explicație a diferențelor dintre copii crescuți în familii cu grade diferite de coeziune este că resursele personale ale părinților din familiile caracterizate de conflictualitate crescută sau de lipsa de coeziune, îndreaptă înspre rezolvarea acestora, iar astfel atenția și responsabilitatea acordată sănătății, respectiv educației privind sănătatea copiilor rămâne precară.

În familiile cu un nivel/frecvență crescută ale conflictelor se observă privarea copiilor de gustări hrănitoare și utilizarea mai rară a centurilor de siguranță în timpul călătoriilor. Autorii susțin că comportamentul copilului în ceea ce privește alegerea alimentelor sănătoase este determinat de două caracteristici familiale: accentul moral-religios în familie și utilizarea controlului în scopul întreținerii sistemului familial (Tinsley și col., 2002). Deși mecanismele aflate la baza acestor relații nu sunt încă îndeajuns explorate, ele oferă domenii interesante pentru cercetări viitoare centrate pe dezvoltarea comportamentului vizând sănătatea copiilor, în context familial.

Un alt aspect interesant de cercetare, axat pe asocierile dintre interacțiunile părinte-copil și comportamentul de sănătate al copiilor constă în analiza calității relațiilor părinte-copil. Gradul de afectivitate poate explica diferențele individuale în modul în care copiii și părinții răspund la diferitele situații, atribuțiile lor cu privire la cauzalitatea evenimentelor, precum și modul în care ei interpretează și acționează în anumite situații (Dodge, 1991).

Exprimarea emoțiilor din partea părinților joacă un rol important în procesul de învățare a comportamentelor și a atitudinilor sănătoase ale copiilor și influențează, în general, toate aspectele legate de interacțiunile părinte-copil în procesul de socializare a sănătății. Siguranța și afectivitatea relației părinte-copil este strâns legată de comunicarea simptomelor, de comportamentul de sănătate și de limitarea lor la activități normale (Feeney, 2000).

Totodată, eficiența acțiunii părinților în transmiterea comportamentelor preventive și sănătoase către copiii lor afectează imaginea de sine și creșterea încrederii în sine copilului. Ratner și Stettner (1991) sugerează că cooperarea între părinte și copil este indispensabilă pentru interiorizarea comportamentelor dorite și de învățare, în general. Astfel, prin crearea și cultivarea unor medii pozitive, favorizând experiențele de învățare, părinții îi motivează pe copiii lor să-și asume responsabilitatea în realizarea anumitor sarcini legate de protecția propriei sănătăți. Interacțiunile în scopul însușirii unor comportamente caracterizate de afectivitate și căldură emoțională au dovedit că au ridicat semnificativ performanțele copiilor în autonomie, în interiorizarea controlului și a abilităților de autoreglare a comportamentului.

Prezența afectivității parentale pozitive în educația de sănătate a copiilor crește deci eficiența de socializare. De exemplu, în cazul unui copil care nu a reușit să îndeplinească o sarcină conform așteptărilor, iar părinții reacționează într-un mod negativ din punct de vedere emoțional (devin furioși sau triști), acesta va conduce la o experiență negativă în procesul de învățare a comportamentelor și de realizare a sarcinilor dorite. În schimb, dacă părintele reușește să manifeste răbdare și să-l încurajeze, în urma experienței pozitive copilul va reuși să obțină ulterior performanțe superioare în atitudinea și în stăpânirea acelei situații sau activități (Tinsley și Lees, 1995).

În diferitele experiențe de socializare, proeminența relativă a componentelor cognitive și a celor emoționale variază. În cazul comportamentelor de sănătate, din cauza motivației puternice a părinților de a avea copiii sănătoși care să-și însușească comportamentele de sănătate, factorii emoționali sunt mult mai importanți în cursul socializării privind sănătatea. În consecință, părinții s-ar putea exprima mai afectuos atunci când insistă ca un copil să fixeze centura de siguranță a scaunului din mașină sau când îi încurajează copiii să consume legume. Studiile au constatat că copiii sunt predispuși să memoreze experiențele afective proeminente care vor crea scheme și

modele interne de lucru aplicabile în scopul înțelegerii și interpretării experiențelor viitoare (Ainsworth, Blehar, Waters și Wall, 1978). Autorii sugerează că și în cazul emoțiilor asociate cu o experiență negativă sau neplăcută, deseori tindem să le asociem cu experiențele similare anterioare, cu care ne-am familiarizat, în scopul de a menține coerența și controlul asupra lumii înconjurătoare (MacKinnon și col., 1990).

În ceea ce privește domeniul sănătății, experiențele noastre sunt frecvent purtătoare ale unor încărcături emoționale puternice. În cazul unei îmbolnăviri, procedurile specifice și vizitele medicale sunt adesea experiențe emoționale pentru copii. Aceste emoții sunt adesea puternic asociate cu unele comportamente benefice sănătății (sau nesănătoase), cum ar fi consumul de dulciuri pentru confort sau implicarea copilului în comportamente riscante sau în situații stresante. Atunci când produsul alimentar este folosit des ca un mijloc reconfortant sau ca o recompensă, actul de alimentație poate fi, în cele din urmă, asociat cu aceste emoții pozitive, conducând la un consum excesiv. Aceste modele emoțional-comportamentale își au originea în cadrul familiei, încă din perioada copilăriei mici (Tinsley și Lees, 1995).

Dodge (1991) propune mai multe explicații prin care exprimările emoțiilor exercită un rol important în procesarea informațiilor sociale. Răspunsurile emoționale atrag și mențin atenția reciprocă dintre părinte și copil. Astfel, părinții vor putea canaliza atenția adolescenților înspre valorile și comportamentele sănătoase. Autorul sugerează că unii copii pot fi mai „vulnerabili din punct de vedere emoțional”, fiind caracterizați în deficiențe referitoare la reglarea stărilor emoționale (Dodge, 1991).

Dodge și Somborg (1987) au observat această vulnerabilitate emoțională în special la băieții agresivi. Rezultatele lor susțin că, atunci când băieții agresivi și cei neagresivi au fost expuși la o experiență emoțională negativă, băieții agresivi au făcut mai multe erori în interpretarea intențiilor și au dovedit prejudecăți intense, atribuind ostilitate crescută celorlalți. Aceste date explică, de asemenea, diferențele individuale în reacțiile copiilor la evenimente medicale provocatoare de emoții, așa cum sunt vizitele la medic sau prezența durerii în cazul îmbolnăvirilor. Deși mecanismele aflate la baza acestor relații nu sunt încă complet determinate, argumentele și investigațiile lui Dodge indică în mod clar rolul important al emoțiilor și al sensibilității emoționale în procesul de socializare a sănătății copiilor și în însușirea comportamentelor de sănătate și de prevenire a bolii.

Experiențele timpurii din familie, legate de exprimarea emoțiilor în caz de boală, alături de calitatea atașamentului mamă-copil (sigur, de evitare, anxios/ambivalent), sunt strâns legate de aspecte ale comportamentului de sănătate (așa cum sunt cel de comunicare a simptomelor, utilizarea serviciilor de sănătate și protecția stării generale de sănătate).

Cercetările au examinat asocierile dintre procesele emoționale din familie și sănătatea copiilor. Rezultatele lor evidențiază un caracter de implicare exagerată și de lipsă a flexibilității în modalitatea prin care simptomele fizice ale copiilor se asociază cu interacțiunile familiale. Studiile se bazează pe conceptul familiei descris de către Minuchin ca fiind „terenul de reproducere a simptomelor somatice” (Minuchin și col., 1978; Fiese și Sameroff, 1989).

Minuchin și col. (1978) descriu, în teoria sistemică a familiei, un model familial prin prisma susținerii și a menținerii unei stări de sănătate precare, de către un/unii

membri ai acesteia (de exemplu, cazul în care boala copilului servește la menținerea structurii și a funcționalității familiei; vezi figura 2.1.).

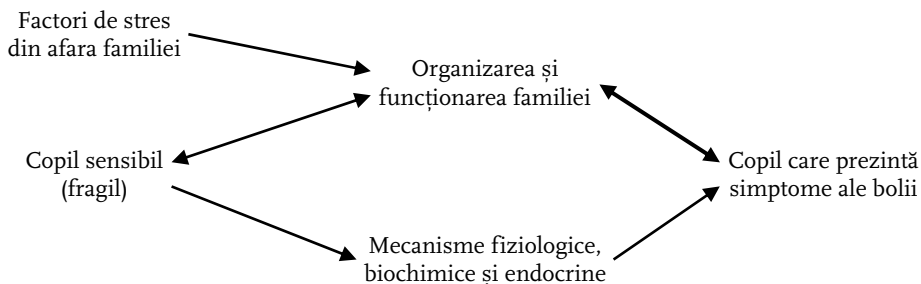


Figura 2.1. Modelul structural-sistemic al familiei (sursa: Minuchin și col., 1978, p. 21)

Studiile de specialitate (Waizenhofer, Buchanan și Jackson-Newsom, 2004) asupra monitorizării din partea părinților indică faptul că nivelul ridicat al cunoștințelor părinților legate de viața copiilor lor se asociază cu niveluri mai scăzute ale comportamentelor externalizate ale copiilor, incluzând nivelul scăzut al delincvenței adolescente, al consumului de substanțe nocive, al implicării acestora în grupuri de colegi cu comportament deviant, cu un nivel scăzut al problemelor internalizate (Jacobson și Crockett, 2000; Kerr și Stattin, 2000). Adolescenții pot evolua pozitiv, atunci când părinții lor încearcă în mod activ să obțină informații despre viața, prietenii și activitățile lor. Uneori relația între monitorizarea părintelui și adaptarea copilului poate fi dirijată de comportamentul adolescentului, mai degrabă decât cel al părinților (Kerr și Stattin, 2000). De exemplu, adolescenții cuminți pot fi mai deschiși cu părinții lor decât cei care au necazuri.

Nivelul mai ridicat al monitorizării maternale se asociază cu nivelul mai scăzut al devianței comportamentale adolescente. În ceea ce privește modalitatea monitorizării, autorii (Waizenhofer, Buchanan și Jackson-Newsom, 2004) susțin că metodele active, autoritare, din partea părinților de obținere ale unor informații legate de viața adolescenților și monitorizarea acestora se asociază cu un nivel mai scăzut al autoaprecierii adolescentului.

Kerr și Stattin (2000) oferă o explicație acestei asocieri: este posibil ca tații extrem de îngrijorați să cauzeze adolescenților o neîncredere în ceea ce privește abilitățile lor sau ca adolescenții cu o autoapreciere scăzută să provoace îngrijorări taților lor, determinându-i să se implica mai mult în viața copiilor lor. Totodată, tații care își supervisează activ copii pot deveni mai dominanți în control și astfel nivelul ridicat al controlului parental poate explica nivelul scăzut al autoaprecierii ale adolescenților (Kerr și Stattin, 2000).

Studiile sugerează că expunerea copiilor la furia și la ostilitatea mamei este o sursă de stres fiziologic pentru copii (Cummings și col., 2001). Alte cercetări susțin că modul în care părinții gestionează emoțiile în relațiile lor matrimoniale poate avea efecte izbitoare asupra sănătății fizice a copiilor lor. Autorii au constatat că în căsniciile lip-

site de căldură emoțională copii preșcolari dovedesc mai frecvent sentimente de mânie, lipsă de conformare socială și un nivel ridicat al hormonilor legați de stres (Gottman și Katz, 1989). Alți autori (Crick și Dodge, 1996; Dodge, 1985) sugerează că acei copii care sunt martorii ostilității de la domiciliul lor pot percepe intenții ostile și în alte situații, de altfel ambigue, și astfel vor răspunde într-un mod inadecvat și agresiv. Răspunsul lor va conduce la rândul lui la o reacție agresivă a celorlalți și la mai multe conflicte și în contexte din afara familiei, contribuind la creșterea riscurilor cu privire la sănătatea și starea lor de confort.

2.2.3. Mediile de socializare și suportul social-afectiv

Dezvoltarea adecvată a comportamentului privitor la sănătate din partea adolescenților implică interacțiunea mai multor factori înrădăcinați în personalitate (de dezvoltare), și prin procesul de socializare-individualizare (factori contextuali). Astfel, sunt importante sistemele de valori achiziționate în mediul familial și școlar, atitudinile față de norme și regulile societății, autoaprecierea modelată de propriile percepții și aprecierile celor din grupul de apartenență.

Procesul de socializare influențează personalitatea și modelele comportamentale ale adolescenților, în primul rând prin impactul relaționărilor cu mamele lor. Vorbim de medii de socializare primare (familia, prietenii, colegii de școală) care, prin structurile înnăscute ale personalității, determină formarea comportamentelor de mai târziu (Albert-Lőrincz, 2011).

Echilibrul relaționărilor din mediile de socializare circumscriu suportul social perceput în contextul social. Acesta este considerat un factor predictiv cu privire la adoptarea comportamentelor față de sănătate ale adolescenților. Suportul social facilitează adaptarea adolescenților la mediul școlar și în societate, fiind în strânsă corelație cu numeroase elemente ale calității vieții.

Sarason și col. (1990) consideră suportul social ca o formă a tranzacției sociale, care vizează ajutorarea adolescentului în viața cotidiană, în special în situațiile de viață critice. Familiei îi revine un rol crucial în viața adolescentului, oferindu-i, în același timp, sprijin economic și emoțional-social. Nivelul ridicat al suportului social poate încuraja adoptarea unui stil de viață sănătos (Broman, 1993; Peirce și col., 2000). Adolescenții care sesizează un nivel ridicat al suportului social pot fi mai motivați să se angajeze în activități fizice, să renunțe la fumat și la consumul de alcool, pentru a răspunde astfel sprijinului persoanelor din jur.

O componentă valoroasă a intervențiilor menite să schimbe comportamentele prietenoare la sănătate este asigurarea sprijinului social pentru realizarea obiectivului dorit (Zabalegui, Sanchez, Sanchez și Juando, 2005). De exemplu, intervențiile centrate pe renunțarea la fumat sau în situații cu risc ridicat de recidivă au inclus strategia ca tinerii să beneficieze de suport social din partea altora, pe lângă factorii de personalitate (de exemplu, ostilitatea și acțiunile defensive) care au avut un rol de moderator asupra măsurii în care sprijinul social a fost benefic (May și West 2000; Park, Schultz, Tudever, Campbell și Becker 2004, Westmaas și Jamner 2006).

Același comportamente pot avea semnificații diferite pentru diferitele grupuri culturale. De exemplu, studiile au demonstrat că adolescenții germani consumau alcool în principal pentru a-și crește respectul de sine, pe când pentru adolescenții turci care

au emigrat în Germania consumul de alcool reprezenta opoziția manifestată față de familia tradițională (*Silbereisen și Noack, 1990*).

Un anumit comportament de risc reflectă o încercare de a aborda diferitele sarcini de dezvoltare din partea adolescenților. Funcțiile diferitelor tipuri de comportamente de risc cad în două mari arii interconectate, legate de dezvoltarea identității și de participarea la viața socială.

În adolescență, construcția identității apare prin redefinirea și structurarea unor relații interpersonale noi cu adulții și cu cei de aceeași vârstă. Atât comportamentele de risc, cât și cele de protecție pot purta aceleași funcții în procesul constituirii identității și a redefinirii relațiilor interpersonale. Diferențele majore în dezvoltare constau în gradul sau lipsa de implicare în diferitele forme ale comportamentului cu risc ridicat. Ele sunt legate de diferențele în dezvoltare și de posibilitățile oferite de contextul social. Acțiunea unui individ contribuie la creșterea sau la descreșterea resurselor individuale și sociale. Astfel, de exemplu, consumul de substanțe psihoactive poate diminua elaborarea cognitivă a adolescentului și poate reduce participarea în grupuri de vârstă implicate în forme variate de activități.

2.2.4. Specificurile interacțiunilor din mediul școlar

Educația încurajează comportamentele sănătoase și coagulează elementele sănătoase din stilul de viață la diferitele categorii de vârstă ale copiilor. De asemenea, educația încurajează și le permite să-și creeze un stil de viață sănătos, folosind diverse resurse ale învățării (*Mirowsky și Ross, 2003*).

Ortega și col. (2007) susțin că diferitele modele ale regulilor și valorilor care predomină în societate se regăsesc și în mediul școlar, aici fiind prezente fenomene sociale cum ar fi competiția, excluderea socială, răutatea sau decepțiile suferite în urma relațiilor care se stabilesc între tineri.

Studiind sănătatea, *Mirowsky și Ross (2003)* și-au propus să compare nivelurile de educație ale diferitelor categorii sociale sau ale straturilor sociale. Putem susține că controlul asupra propriei vieți și asupra stilului de viață sănătos, care le însoțesc determină strânsa legătură între educație și sănătate.

Elevii aflați la vârsta adolescenței trăiesc într-o sferă culturală specifică tinerilor, determinată atât de specificități regionale și de mediul familial, cât și de normele impuse de colegi. Aceste medii influențează atât performanța școlară și calitatea relațiilor școlare, cât și comportamentele însușite în mediul școlar, incluzând aici și cele legate de sănătate. Obiceiurile dăunătoare sănătății, cum sunt fumatul, consumul de alcool sau de droguri constituie parte integrantă a nivelului cultural al tinerilor. Adoptarea acestor comportamente de risc este de multe ori rezultatul influenței grupului de apartenență, implementată pe o vulnerabilitate specifică vârstei și perioadei de dezvoltare în adolescență (*Andorka, 2006*).

Analiza nivelului de exprimare a agresivității și modalitățile de orientare ale acesteia spre mediul exterior sau spre propria persoană ne oferă date importante în studierea comportamentului de risc și a comportamentului de sănătate. Bazându-ne pe cercetările din domeniu, putem afirma că relația dintre comportamentul de sănătate și agresivitate suportă încă studii și analize mai adâncite. Deși în studiul nostru considerăm exprimarea agresivității drept un factor de personalitate, subiecții studiului

fiind elevi, acordăm o atenție deosebită mediului și relațiilor în care acesta este deseori exprimat. Violențele întâlnite în școală, la această vârstă, pot fi explicate prin faptul că băieții (și, într-o proporție mult mai mică, fetele) se află la vârsta confruntărilor fizice, iar a se măsura cu sine și cu ceilalți face parte din afirmarea identității sexuale masculine, acest lucru fiind considerată drept o formă de socializare prin luptă, de „apărare a teritoriului”. În cazul fetelor, de exemplu, cercetătorii au observat tendința de a se bate pentru un băiat sau pentru a demonstra loialitate față de cineva. Aceste manifestări și fenomene încalcă regulile obișnuite ale conflictelor dintre adolescenți și pot genera violențe individuale sau colective.

Adolescenții pot dezvolta însă reacții de agresivitate și de opoziție față de tot ceea ce înseamnă autoritate (părinți, profesori, instituții) (Ilut, 1994). Elevii caracterizați de violență încalcă frecvent normele școlare, fumează la școală în mod ostentativ, lipsesc sau întârzie de la ore în mod repetat, se îmbracă necorespunzător, deranjează frecvent clasa, au relații conflictuale sau se izolează de ceilalți colegi, nu acceptă poziția subordonată a rolului de elev și au o percepție a situației școlare radical diferită de cea a adulților.

Conform cercetărilor lui Albert-Lőrincz (2009), frecvența formelor de comportament dăunătoare pentru sănătate este în creștere în rândul adolescenților. De asemenea, schimbările privind modul de viață, structura și alcătuirea familiilor, extinderea violenței în relațiile interpersonale imprimă o influență negativă, amplificată de lipsa strategiilor adecvate de coping. Consecința acestor schimbări frecvente, în cazul adolescenților, este lipsa unor modele adecvate vizând exprimarea personalității de reținere a furiei și a agresivității, astfel încât capacitatea lor de adaptare devine deficitară (Albert-Lőrincz, 2009).

Exprimarea furiei și a agresivității, pe lângă alți factori de risc, poate fi un predictor al reacțiilor la situații stresante, respectiv al consecințelor acestora asupra sănătății. Agresivitatea, prin intermediul reacțiilor fiziologice care stau la baza ei, este deseori strâns legată de comportamentul de sănătate deficitar, cum ar fi, de exemplu, fumatul, consumul de alcool, obiceiurile alimentare nesănătoase, consumul excesiv de cafea etc., respectiv cu lipsa sprijinului de orice fel din partea persoanelor din jur. Din punct de vedere al strategiilor de coping aplicate, persoanele agresive utilizează, în general, mecanisme de evitare, din cauza unei neîncrederi generalizate în persoanele din jur (Ogden, 2007).

Conform studiilor efectuate de Pikó (2007), sub impactul unor factorilor precum sistemul școlar, prin exigențele lui ridicate relativ la performanță, al numărului ridicat de conflicte familiale, al frecvenței crescute a actelor de agresivitate din mediul școlar, deseori apar tulburări psihosomatice în rândul elevilor. Prezența unor astfel de tulburări psihosomatice poate indica un nivel ridicat al stresului psihic, ceea ce atrage după sine și un nivel mai ridicat al agresivității exprimate.

Deci, putem ajunge la concluzia că comportamentul agresiv își pune amprenta asupra celorlalte componente din structura personalității. Mentalitățile și tendințele adolescenților sunt determinate de fenomenele sociale, iar procesul educațional are ca scop stabilirea unui mediu școlar cât mai propice dezvoltării armonioase a elevilor. Aceasta constituie în mod cert o prioritate, atât în viziunea profesioniștilor și al cercetătorilor din domeniu, cât și în cea a părinților. În ceea ce privește comportamentul legat de sănătate al adolescenților, categoriile de profesioniști, părinți și alte grupări

ale societății preocupate de prevenirea bolilor, a deficiențelor comportamentale și de ocrotire a sănătății mentale se concentrează și depun eforturi în scopul schimbării situațiilor cu risc pentru sănătatea mentală și fizică a tinerilor (*Popescu, 2004*).

Cu privire la practicile și tehnicile intervențiilor legate de sănătatea mentală, educația oferită de profesioniști are implicații deosebite în combaterea agresivității. Astfel, participarea părinților la formări care se concentrează pe schimbarea practicilor de disciplinare, pe eliminarea metodelor coercitive de influențare sau pe evitarea angajării în comportamente aversive din partea ambelor părți deopotrivă, pot conduce la în scăderea nivelului agresivității.

Studiile (*Sarason și col., 1990; Mirowsky și Ross, 2003; Albert-Lőrincz, 2011*) susțin că o manieră mai obiectivă de tratament din partea adulților sau atenționarea continuă a adolescenților asupra consecințelor comportamentelor lor este esențială pentru schimbarea unor comportamente nedorite. De asemenea, poate fi extrem de utilă asigurarea sprijinului social și creșterea frecvenței comportamentelor prosociale prin întărirea modelelor comportamentale dezirabile. Nu în ultimul rând, trecerea în revistă și analizarea continuă a cercetărilor din domeniu pot fi utile pentru înțelegerea consecințelor comportamentului prosocial și agresiv, deopotrivă, și influența acestora asupra comportamentului privitor la sănătate.

CAPITOLUL III.

Rolul autoaprecierii, al modalităților de coping și al exprimării agresivității în comportamentul privitor la sănătate al adolescenților

3.1. Particularități ale dezvoltării în perioada adolescenței din perspectiva comportamentului legat de sănătate

Factorii biologici, psihologici și sociali afectează schimbările din sănătatea adolescenților, expunând indivizii la riscuri și probleme variate în procesul de dezvoltare (Sarafino, 2011).

Adolescența a fost adesea descrisă ca o perioadă caracterizată de tensiuni și stres, deoarece adolescenții încearcă să-și negocieze propria identitate. Ei sunt expuși presiunii din partea părinților, a colegilor și a societății pentru a deveni un anumit tip de persoană și de a desfășura anumite activități. Aprecierile și percepțiile legate de propria persoană depind în mare măsură de dezvoltarea autoaprecierii, având efecte semnificative asupra atenuării problemelor și a dificultăților cu care se confruntă adolescenții într-o adaptare eficientă (Piotrowski, 2010).

Procese cognitive dovedesc implicații importante în adoptarea comportamentelor vizând sănătatea, iar acestea devin mai elaborate odată cu înaintarea în vârstă (Burbach și Peterson, 1986; Murphy și Bennett, 2004). Adolescenții devin tot mai capabili să ia decizii și să-și asume responsabilități în promovarea propriei sănătăți și a siguranței personale. Adolescența este considerată o perioadă foarte critică în dezvoltarea comportamentelor preventive. Deși adolescenții posedă abilitatea cognitivă de luare a deciziilor logice, necesare comportamentului sănătos, ei înfruntă multe tentații – în special ca urmare a presiunii colegilor – care îi ghidează în alte direcții (La Greca și Stone, 1985; Leffert și Petersen, 1998).

Adolescența este o perioadă caracterizată printr-o mare probabilitate de inițiere în fumat, în consum de alcool și de începere a vieții sexuale. Totodată, comportamentele de risc dovedesc o tendință de grupare și interacțiune. Astfel, adolescenții care fumează și consumă alcool dovedesc o mai mare probabilitate de a consuma și droguri și de a se angaja în activități sexuale neprotejate (Duncan, Strycker, și Duncan, 1999).

De asemenea, mulți tineri învață în această perioadă să conducă vehicule și deseori combină aceste noi abilități cu consumul de droguri și alcool. În țările aflate în curs de dezvoltare, majoritatea deceselor adolescenților se datorează accidentelor. În Statele Unite numărul deceselor cauzate de accidente prezintă o creștere îngrijorătoare pe durata anilor adolescenței și este de câteva ori mai ridicată la grupul de vârstă între 15 și 24 ani, față de vârste mai mici (Sarafino, 2011).

Conform studiilor perioada adolescenței este caracterizată de scăderea numărului comportamentelor de protecție a sănătății, paralel cu creșterea numărului de

comportamente cu risc pentru sănătate. Dezvoltarea timpurie a acestor comportamente va influența obiceiurile, valorile și stilul de viață care se va extinde și se va stabili pe parcursul vieții (*Maggs și col., 1997*). Experiențele de viață ale adolescenților vor fi determinate de modelele economice, culturale și instituționale, care circumscriu rolurile, cognițiile și activitățile specifice vârstei (*Crockett, 1997*).

Studiile care s-au centrat pe analiza diferitelor domenii ale comportamentului cu risc au stabilit o serie de caracteristici comune care pot oferi predicții referitoare la apariția și prevalența acestora (*Dryfoos, 1990*). Acestea sunt:

1. *Vârsta de debut*: Inițierea precoce sau apariția timpurie a oricărui comportament de risc constituie un predictor pentru implicarea mai adâncă în acesta și al apariției unor consecințe predominant negative.
2. *Așteptări referitoare la rezultatele școlare*: rezultatele școlare insuficiente sunt asociate cu aproape toate comportamentele de risc.
3. *Comportamentul general*: manifestările de „acting out”, absenteismul, comportamentul antisocial și alte deficiențe comportamentale sunt strâns legate de comportamentele cu risc.
4. *Influența celor de aceeași vârstă*: rezistența scăzută față de influențele colegilor și relațiile frecvente cu prieteni care se angajează în comportamente cu risc.
5. *Rolul părinților*: lipsa atașamentului față de părinți, sau deficiențele acestora în monitorizarea, supervizarea sau comunicarea cu copii lor sunt strâns asociate cu comportamentele cu risc ale adolescenților.
6. *Calitatea spațiului de locuit*: Condiții de viață precare, sărăcia sau mediul urban deosebit de aglomerat constituie predictorii ai problemelor de comportament.

Opinia conform căreia o influență este cu atât mai puternică, cu cât apare mai devreme a fost depășită odată cu recunoașterea faptului că dezvoltarea depinde de tipul experiențelor și de abilitatea fiecărui individ de a interpreta și de a o reelabora din perspectiva experiențelor actuale (*Schaffer, 2000*). Totodată, perspectiva de viitor constituie un factor semnificativ, pentru că, deși nu există încă, aceasta este deja prezentă în reprezentările individului. În adolescență, datorită dezvoltării cognitive, devine o dimensiune cu relevanță crescută, capabilă să motiveze planuri complexe de performanță (*Ford și Lerner, 1992*).

În același timp, în psihologia contemporană există o conștientizare crescută a faptului că dezvoltarea nu este un proces linear și că nu există căi de dezvoltare predefinite. Mai degrabă dezvoltarea se produce printr-un număr de căi individualizate și diferențiate, care depind de interacțiunile complexe dintre individ și contextul său pe parcursul vieții. Indivizii își exercită acțiunea asupra lumii înconjurătoare în mod continuu, datorită abilităților cognitive unice legate de maturizarea biologică și de experiențele individuale. De asemenea, ei sunt afectați, la rândul lor, de mediu sau de context, constituit dintr-o pluralitate de factori fizici, istorici sau culturali care în mod constant se modifică și se interpretează.

Din această perspectivă sistemică, traiectoriile dezvoltării sunt irregulare și nu pot fi anticipate într-un mod bine determinat. Acest lucru se datorează faptului că, pe

parcursul vieții, unele evenimente minore pot produce în timp efecte majore (according to the well-known “butterfly effect”), iar în schimb influențele majore pot avea efecte minore (van Geert, 1994).

Adoptarea unei viziuni holistice, interacționiste și constructiviste, care descrie căile dezvoltării într-un mod probabilistic devine din ce în ce mai frecventă în psihologia contemporană. Această abordare pare a fi în concordanță cu evoluția altor domenii științifice și este cea mai propice examinării și înțelegerii în toată complexitatea a comportamentului uman și a dezvoltării pe parcursul întregului ciclu de viață, în contexte diferite.

Această perspectivă recunoaște că perioada adolescenței nu este același pentru toți adolescenții, contrar abordărilor prin prisma cărora unele simptomatologii erau considerate consecințe necesare ale transformărilor fiziologice și ale maturizării sexuale, în general. În culturile vestice, unde există o perioadă obligatorie de educație școlară, s-a observat că căile dezvoltării sunt destul de variate și ele sunt legate nu doar de fundalul familial, ci și de diferitele posibilități și de tipurile de școli. În opera sa, *Piaget* subliniază că atingerea raționamentului formal la adulți nu este uniformă pe parcursul funcționării cognitive, ci mai degrabă s-a dovedit a fi legată de specializarea profesională asimilată. Diferențele și lipsa uniformității în dezvoltarea cognitivă sunt legate de diferitele niveluri ale conștiinței de sine, de metodele diferite de rezolvare a problemelor, de competențele sociale diferite, de abilitățile de planificare a viitorului și de stabilire a scopurilor, prin moduri diferite de reprezentare a identității. De aceea, adolescența nu poate fi descrisă ca o experiență uniformă (Zazzo, 1966). După cum *Margaret Mead* (1928) afirma aproape cu un secol în urmă, adolescența nu există în societățile simple, primitive, unde organizarea socială este simplă, stabilă în timp și hotărâtă de norme sociale nediscutabile, neschimbabile. În aceste culturi semnele trecerii la pubertate de obicei sunt marcate de un ritual și de intrarea oficială pe piața muncii sau de căsătorie. În societățile dezvoltate din Vest observăm o perioadă lentă de tranziție. Copiii din aceste culturi cresc într-un context social complex, în care intrarea în perioada de adult este precedată de o vârstă de continuă creștere și în care nu există un singur set de valori sau de norme sociale. Facilitățile crescute oferite de societățile din Vest, în termenii libertății individuale și ai realizării personale, combinate cu lipsa punctelor clare de referință transformă această perioadă de tranziție în una în care adolescenții nu sunt încă participanți compleți la viața societății, fiind problematici, pe de o parte, iar pe de altă parte, consimt la dezvoltarea și la elaborarea valorilor și a obiectivelor personale.

Astăzi, mai mult decât în trecut, adolescența este o perioadă plină de înlesniri, de provocări și de riscuri. Însă, alături de o libertate individuală și de resurse sociale crescute, adolescenții se întâlnesc și cu schimbarea rapidă a modelelor, a valorilor, a stilului de viață și a rolurilor familiale și profesionale, care solicită un grad mai ridicat de autonomie și de abilități decizionale. Studiile empirice au dovedit faptul că doar un anumit procent din adolescenți au experiența unor dificultăți majore, în timp ce majoritatea lor trec prin această tranziție fără a-și pune serios în pericol sănătatea sau starea lor de confort (Koops, 1996).

O tendință duală a fost dovedită de anumite comportamente cu risc la adolescenții cu vârsta între 16 și 17 ani, cu o tendință de descreștere odată cu înaintarea în vârstă.

Unii adolescenți, însă, în majoritatea lor băieți, continuă să manifeste comportamente deviante chiar și până la vârsta de adult. La ei, comportamentul deviant nu se desfășoară conform modelului, ci este legat de alți factori și are alte origini, observându-se la ei tulburări ale comportamentului încă de la vârste fragede (*Bonino, Cattelino și Ciairano, 2005*).

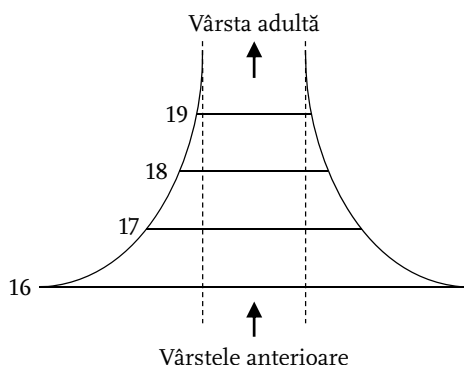


Figura 3.1. Evoluția comportamentului de risc în funcție de vârstă
(sursa: *Bonino, Cattelino și Ciairano, 2005, p. 18*)

Putem, deci, ajunge la concluzia că factorii de personalitate au o influență pregnantă asupra formării și dezvoltării comportamentului favorabil sănătății, contribuind astfel la conturarea modului de viață al adolescenților. Studiile din domeniu, trecute anterior în revistă, dar și cele mai noi cercetări ale OMS apreciază impactul autoaprecierii, al modalităților de coping adoptate și al modalităților de exprimare a agresivității, ca fiind cele mai relevante în sănătatea mentală și fizică a adolescenților. Imaginea de sine și autoaprecierea constituie modalitățile de autoevaluare a propriei persoane, deosebit de importante în formarea identității, în perioada adolescenței. Prin modalități de coping ne putem gândi la acele comportamente ale adolescenților care sunt adoptate pentru a face față diferitelor situații stresante sau problematice din viața lor cotidiană. Nivelul general de exprimare a agresivității și orientarea acestuia spre propria persoană sau spre exterior sunt niște factori care modelează formarea personalității din această perioadă, caracterizată printr-un nivel crescut al frustrărilor și al tensiunilor pe plan individual și interpersonal (*Currie, 2008*).

3.2. Dezvoltarea și modificarea autoaprecierii în adolescență prin prisma comportamentului legat de sănătate

Autoaprecierea este considerată a fi o caracteristică esențială în sănătatea mentală, fiind o variabilă individuală relevantă în procesul de apariție a stresului psihic și a bolii. Aprecierea propriei persoane influențează atât evaluarea stimulilor, cât și mobilizarea resurselor de coping. Totodată, moderează efectele și consecințele confruntărilor adolescenților cu circumstanțe stresante.

Autoaprecierea constituie o componentă a schemei cognitive referitoare la propria persoană și se definește printr-o evaluare globală a sinelui (*Rosenberg, 1965*). De asemenea, ea reprezintă o atitudine care denotă gradul în care persoana are tendința de a se autoevalua pozitiv sau de a respinge atributele negative.

Dispoziția de a se autoevalua este însoțită în procesul socializării, când persoana devine conștientă de propria valoare prin raportările la ceilalți (*Cole și Cole, 1997*). Putem să ne punem întrebarea de ce este oare atât de important un fenomen care există în special în mintea individului ca o abstracție mentală? Răspunsul constă în acele caracteristici în urma cărora respectul de sine și autopercepția devin componente relevante pentru sănătate. Astfel:

- Autoaprecierea este larg acceptată ca un indicator-cheie al stabilității emoționale și al adaptării cu succes la solicitările vieții. Autoaprecierea prezintă relații strânse cu satisfacția de viață, cu adaptarea socială, cu independența, cu rezistența la stres, combinate cu un nivel ridicat al autorealizării în cariera educațională și profesională. În consecință, aprecierea de sine constituie unul din cei mai puternici predictorii ai stării subiective de bine și ai calității vieții (*Diener, 1984*).
- Autoaprecierea și percepțiile legate de acesta sunt implicate în alegerea și în persistența comportamentelor în scopul autorealizării și a menținerii stării de sănătate. Autoaprecierea este asociată cu comportamente sănătoase (în special în rândul adolescenților), cum sunt evitarea fumatului, implicarea în sporturi și în exerciții fizice, modalitățile de alimentație sănătoase, precum și reducerea tendințelor suicidale (*Torres și Fernandez, 1995*). Evaluarea propriilor abilități sunt esențiale pentru a înțelege factorii determinanți ai comportamentelor de sănătate (*Hurst, Boswell, Boogard și Watson, 1997*).
- Autoaprecierea scăzută dovedește asocieri strânse cu prezența bolilor mentale și cu lipsa stării psihologice de bine. De asemenea, este în mod frecvent însoțită de simptome ale depresiei, de anxietate, de lipsa de asertivitate și de percepția scăzută a controlului personal, alături de sentimentul de inutilitate. În consecință, îmbunătățirea aprecierii de sine, a fost deseori stabilită ca un scop în procesul de schimbare și, în același timp, ca un indicator al succesului în intervențiile psihologice (*Wylie, 1979*). Totodată, creșterea nivelului de autoapreciere va conduce la scăderea dependenței adolescenților de serviciile de sprijin social și la o mai bună adaptare a lor la solicitările contextului social. În plus, percepțiile specifice ale sinelui pot determina motivația spre adoptarea comportamentelor favorabile sănătății (*Fox, 2002*).

Emoțiile pozitive legate de sine, încrederea în propria eficiență, disponibilitatea de a învăța și atitudinea socială pozitivă constituie „capitalul personal” al copiilor, acel set de însușiri și de resurse acumulate, care influențează o gamă largă de consecințe legate de sănătate, atât în perioada copilăriei, cât și mai târziu, în viață (*Poulton și col., 2002; Kuh și col., 2004*).

Pressman și Cohen (2005) au detaliat două modele pentru legătura dintre emoțiile pozitive legate de sine și apariția bolii. Astfel, exprimarea pozitivă a emoțiilor afectează în mod direct practicile legate de sănătate, dar în același timp conduce la scăde-

rea activității sistemului nervos vegetativ, reglează eliberarea hormonilor de stres, influențează sistemul „de opiacee” a organismului și pe cel al imunității. Totodată, afectează rețelele sociale care exercită un impact asupra sănătății și al consecințelor bolii. În modelul de amortizare a stresului, afectivitatea pozitivă poate ameliora efectele evenimentelor stresante, însă și în mod indirect, prin amortizarea efectelor situațiilor stresante, prin creșterea flexibilității și prin întărirea răspunsurilor active în procesul de coping.

De asemenea, o imagine de sine sănătoasă include stabilitatea aprecierii pozitive a sinelui, sentimente de compatibilitate cu ceilalți și de controlul personal asupra situațiilor (Adams, 2005).

Atunci când nu există un nivel sănătos al aprecierii de sine, adolescenții se manifestă adesea ostili, amari, dezamăgiți, depresivi sau înstrăinați de ceilalți oameni. Se presupune că autoaprecierea scăzută se dezvoltă pe fondul unei discrepanțe dintre conceptul de sine și ceea ce consideră adolescentul că ar trebui să fie. Totodată, aprecierea de sine scăzută este asociată cu o gamă largă de rezultate negative cu privire la sănătate, cum sunt, de exemplu, simptomele depresive, tulburările de alimentație sau problemele de adaptare (Adams, 2005).

În cazul adolescenților, aprecierea de sine este influențată de mai mulți factori, dintre care poate cel mai pregnant este dezvoltarea corporală și schimbările pe plan fizic, acestea direcționând puternic calitatea subiectivă a imaginii corpului. Rezultatele obținute de Currie și Williams, (2000) au evidențiat că fetele mai puțin mulțumite de greutatea și imaginea lor corporală dovedesc un nivel mai scăzut al autoaprecierii, față de cele care au fost foarte mulțumite de imaginea lor corporală (Currie și Williams, 2000).

Un alt factor important care modelează imaginea de sine este importanța acordată eșecului sau succesului, conform experiențelor anterioare. Astfel, în unele cazuri, anticiparea eșecului va conduce la întărirea emoțiilor negative (cum sunt mânia, sentimentul de inutilitate, lipsa eficienței personale) și a tendinței de autoevaluare negativă. Aprecierea pozitivă a sinelui, în schimb, se asociază cu anticipări ale succesului, cu optimismul privind performanțele viitoare, cu lupta pentru atingerea scopurilor și cu persistența în depășirea obstacolelor.

Conform experiențelor anterioare legate de reușite sau de eșecuri, adolescenții își vor forma o imagine asupra propriei persoane, care conține informații și opinii legate de propriile capacități și performanțe, respectiv de gradul în care acestea corespund așteptărilor lor sau ale celor din jur (Kaplan și col., 1994). Conform lui Piotrowski (2010), adolescenții cu autoapreciere mai ridicată raportează realizarea mai timpurie și mai elaborată a unei identități personale.

Deși procesul de construcție a identității se desfășoară pe parcursul întregii vieți a individului, unul dintre pașii cruciali apar în perioada adolescenței și este impus de maturizarea cognitivă, socială și sexuală, deopotrivă. Identitatea este legată de rolurile sociale, părerile și valorile impuse de societate. Din punct de vedere structural, identitatea va rezulta din dinamica interacțiunii între necesitățile și competențele adolescentului, și – de asemenea – de solicitările sau de presiunile din partea societății (Marcia, 1980).

Cu toate că rezultatele studiilor au confirmat adesea asocierea autoaprecierii scăzute cu simptomele depresive, natura acestei relații este încă intens dezbătută de specialiștii din domeniu (*Beck și col., 1983*). Aprecierea de sine precară, asociată cu nivelul crescut al stresului, circumscrie acele pattern-uri comportamentale specifice, adoptate în procesul de coping, care își pun amprenta și asupra comportamentului adolescenților vizând sănătatea.

3.3. Stilul de coping și adaptarea la cerințele mediului social

Conceptul de coping reprezintă o variabilă centrală în cercetările legate de impactul stresului psihologic asupra stării de sănătate și a stării subiective de bine (*Lazarus și Folkman, 1984, 1985*). *Iamandescu, (2005)* descrie rolul mecanismelor de coping, subliniind importanța alegerii unor strategii eficiente, adecvate pentru confruntarea adolescenților cu situațiile stresante.

Alți autori (*Pikó, 1997*) descriu copingul drept un proces de eforturi cognitive și comportamentale, cu scopul de a rezolva un conflict sau de a elimina sursa de stres (*Pikó, 1997*). Comportamentele specifice și flexibilitatea adaptării la cerințele mediului sunt determinate de funcționarea eficientă a mecanismelor cognitive (*Spielberger, 2004*).

În literatura de specialitate copingul este definit ca „efortul cognitiv și comportamental de a reduce, de a stăpâni sau de a tolera solicitările interne sau externe care depășesc resursele personale” (*Lazarus și Folkman 1984, p. 141*). Copingul poate fi considerat o „variabilă personală”, ocupând o poziție importantă în medierea evenimentelor stresante și a consecințelor de genul anxietății, distresului și implicațiilor psihosomatice (*Moos, 1988*).

Clasificările conceptului de coping în literatura de specialitate au urmărit mai multe criterii, așa cum sunt succesul adaptării (eficiente sau ineficiente), persoanele implicate (suport social, discutarea problemelor, solicitarea ajutorului din partea autorității sau evitarea acestuia), mecanismele și resursele psihologice utilizate (rezolvarea de probleme, identificarea scopurilor, „reframing cognitiv” sau exprimarea emoțiilor, reacțiile emoționale), gradul de mobilizare a persoanei în procesul de coping (stare mai activă, vigilență sau pasivă, acceptarea eșecului) sau dimensiuni ale personalității (cognitivă, emoțională sau comportamentală) (*Lazarus 1990; Litman, 2006; Suls și Fletcher 1985; Băban, 2002; Moos, 1988*).

Lazarus și Folkman (1985) descriu două principale modalități de coping: a) cel centrat pe problemă (coping activ) și b) cel centrat pe emoție (coping pasiv), la acestea adăugându-se copingul disfuncțional.

Alți autori (*Băban, 2003, p. 11*), au clasificat strategiile de coping în:

1. *Strategii cognitive*: negare, minimalizare, focalizare, raționalizare, intelectualizare, „gândire magică”, gândire pozitivă, control perceput, religiozitate;
2. *Strategii emoționale*: exprimare emoțională, reprimare, solicitare de suport emoțional, reducerea reactivității emoționale prin tehnici de respirație și de relaxare sau prin metode paleative (sedative, tranchilizante, abuz de alcool, droguri);

3. *Strategii comportamentale*: luptă, evitare, capitulare și acceptare resemnată (Băban, 2003).

Metodele de adaptare se pot concentra direct pe rezolvarea problemelor (se concentrează pe soluții raționale de rezolvare a problemelor) sau pe realizarea echilibrului emoțional (soluții bazate pe emoții) (Lazarus și Folkman, 1986). Cercetările (Pikó, 2001) au arătat că copingul centrat pe problemă sprijină comportamentul conștient de sănătate și prevenirea comportamentelor dăunătoare, iar orientarea spre soluții centrate pe emoții poate predispuce la reacții contrare cum sunt consumul de droguri, de alcool sau fumatul.

În unele cazuri, în loc de a se confrunta cu o schimbare a personalității, necesitând o muncă neplăcută și dificilă, adolescenții evită această confruntare, se retrag, se izolează sau îi învinovătesc pe alții. Pe termen lung, aceste mecanisme vor avea drept consecință stabilizarea unei dinamici negative legate de dezvoltarea ulterioară a personalității lor (Hurrellmann și Richter 2006).

Adolescenții care dovedesc abilități de coping inadecvate se limitează la strategii defensive, pasive sau de retragere în situațiile problematice generate de provocările dezvoltării. Aceștia adolescenți nu și-au dezvoltat încă strategii adecvate de analiză a situațiilor, de căutare a informațiilor, de influență asupra condițiilor dificile, de schimbare a comportamentului cuiva sau de armonizare a emoțiilor și ale așteptărilor altora. Resursele lor vor fi, astfel, inadecvate pentru a se apăra de posibilele prejudicii sociale și de cele legate de sănătate (Silbereisen și Todt, 1994).

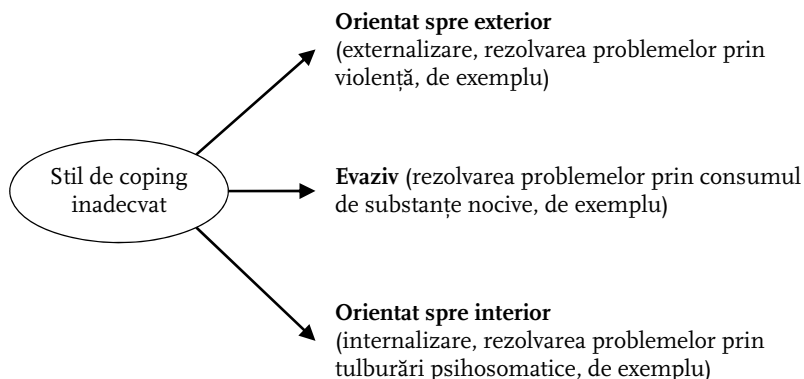


Figura 3.2. Comportamente de risc: modalitățile de manifestare ale consecințelor copingului inadecvat (sursa: Hurrellmann și Richter 2006, p. 33)

Cele trei modalități prezentate în figura 3.2. reprezintă modalități ale copingului inadecvat, determinând soluții deficitare în cazul stresului. Însă aceste „soluții” pot fi privite doar ca niște „pseudosoluții” deoarece problema inițială actuală și cauzele acesteia nu pot fi tratate cu rigurozitate.

Copingul inadecvat poate conduce la comportamente cu risc pentru sănătate. Acest mod de a depăși situațiile problematice face imposibilă realizarea sarcinilor

dezvoltării în procesul de individualizare și de integrare. Discrepanța între sarcinile dezvoltării și abilitățile de coping, asociată cu nepotrivirea soluțiilor, se va manifesta în lipsa de eficiență pentru personalitatea și sănătatea unei persoane. În context social este posibil ca aceste soluții nepotrivite să ia formele variate ale unor comportamente de risc ridicat. Unele dintre acestea par să fie grupate în seturi asemănătoare, descrise ca forme externalizate, internalizate sau evazive ale comportamentelor cu risc ridicat (Hurellmann și Richter, 2006).

Presiunea exercitată de problemele cu care se confruntă adolescenții pot fi direcționate „în exterior” spre mediul social al familiei, al școlii, al prietenilor sau al altora. În cazul externalizării, consecințele neplăcute ale autoaprecierii lezate sunt transferate către lumea din jur. Aceasta se datorează faptului că adolescentul este incapabil sau nu vrea să se confrunte cu ele (consecințele). În termeni de sănătate, comportamentul externalizat poate fi exprimat prin agresivitate, tulburări hiperkinetice sau comportamente antisociale.

Presiunea situațiilor problematice poate fi direcționată și „spre interior”. În aceste situații, adolescenții reacționează neputincios, pentru că se văd responsabili, dar sunt lipsiți de cunoștințele necesare găsirii unei soluții. În domeniul social, această modalitate este exprimată prin retragere și izolare, prin lipsa interesului față de evenimente comune și prin lipsa implicării sociale. În termenii sănătății, acest mod de coping se poate asocia cu simptome psihosomatice, tendințe suicidare, restricții alimentare severe sau utilizarea abuzivă a medicamentelor.

Tratarea problemelor se poate efectua și printr-o a treia modalitate, care nu este orientată nici spre exterior, dar nici spre interior. Modalitatea evazivă, în scopul de „a ieși din calea problemei” este exprimată printr-o formă de neconformism a comportamentelor, prin nestatornicie sau prin relaționări sociale capricioase, iar – în termenii sănătății – deseori se manifestă prin consumul de droguri. Aceste modalități de manifestare comportamentală sunt o combinație a externalizării și a internalizării (Hurellmann și Richter, 2006).

Schimbările și provocările caracteristice adolescenței solicită adoptarea unor strategii eficiente de coping în scopul succesului adaptării (Oláh, 1995).

Rezultatele cercetărilor dovedesc că, la adolescenți, în cazul unor provocări de intensitate medie sau scăzută, predomină distragerea atenției de la eveniment, ca modalitate de coping. Într-o situație cu risc ridicat, însă, se observă adoptarea unui stil mai activ de coping, cum ar fi generarea de gânduri pozitive sau interpretarea pozitivă a situațiilor (Langens și Mörth, 2003). Cercetările susțin că, în situații puțin controlabile adolescenții adoptă cu precădere modalități de coping centrate pe emoții (Smits și De Boeck, 2007).

Carver (2011) susține că anumite modalități de coping sunt menite să reducă gradul de amenințare al evenimentelor provocatoare de stres și al răspunsurilor emoționale legate de acestea, și astfel se ajunge la prevenirea sau la atenuarea răspunsurilor fiziologice ori la limitarea duratei acestora. Evitarea sau dezangajarea în procesul de coping, în schimb, constituie o acțiune prin care persoana evită temporar să facă față amenințării, conducând astfel la evitarea faptului împlinit.

Modalitățile de coping centrate pe evitarea situațiilor negative sunt considerate ca fiind dăunătoare sănătății, deoarece evitarea de a face față poate agrava situația prin

amânarea intervențiilor necesare păstrării sănătății. Eforturile cercetătorilor de a determina care sunt cauzele dăunătoare sănătății în răspunsurile la stres reprezintă o parte importantă a studiilor legate de sănătate. Obstacole importante, însă, se ivesc din cauza dificultăților de a surprinde variațiile și schimbările rapide ale modalităților de coping în circumstanțele din viața reală (*Carver, 2011*).

Există o strânsă relație între adoptarea strategiilor de coping pasive, la adolescenți, și reprimarea emoțiilor. Astfel, expresia mâniei, furiei, a ostilității, se manifestă alături de evitarea sprijinului persoanelor din jur. Strategiile de adaptare la adolescenții cu tendințe comportamentale agresive, de exemplu, au la bază cogniții distorsionate, prin presupunerea că în general oamenii nu sunt de încredere (*Ogden, 2007*). Capacitatea de exprimare a emoțiilor afectează comportamentul social, prin influențarea afilierii la cei de aceeași vârstă. Rezultatele cercetărilor dovedesc că prezența atașamentului și a securității în relațiile interpersonale facilitează formarea comportamentelor sociale adecvate, prin asigurarea unui grad mai ridicat de conștientizare emoțională și de capacitate de empatie (*Lable, 2007*).

Alte studii au arătat că solicitarea suportului celor din jur este strâns legată de alte caracteristici pozitive ale personalității, cum ar fi curiozitatea, empatia, optimismul. De asemenea, căutarea ajutorului este prezentă și în cazul emoțiilor de furie și mânie implicând actualizarea gândurilor și sentimentelor neplăcute legate de o situație stresantă. Conform cercetărilor, dezvoltarea percepțiilor emoționale, precum și abilitatea de exprimare a emoțiilor, în general, este semnificativ mai dezvoltată la fete decât la băieți (*Luebbers și col. 2007*).

Modalitățile de coping utilizate pentru a face față diferitelor situații provocatoare se dezvoltă și devin mai diversificate odată cu înaintarea în vârstă, precum și prin acumularea experiențelor. Posibilitatea de a se confrunta cu succes cu situațiile stresante denotă gradul de sănătate psihică a individului, iar dificultățile în procesul de coping pot amplifica nivelul stresului emoțional, pe cel al apariției simptomelor depresive și a anxietății (*Buda, 2004*).

Relația dintre adaptarea eficientă la mediul social și simptomele psihopatologice poate fi descrisă pe parcursul interacțiunii complexe a mai multor factori. Astfel, cercetătorii evidențiază specificul situației, consecințele prevăzute atât pe termen scurt, cât și pe termen lung, nivelul controlabilității nivelului de stres și altele (*Wrzesniewski și Chylinska, 2007*).

Răspunsurile adolescenților în situații periculoase sau stresante și modalitățile de coping selectate vor fi influențate deopotrivă de capacitățile și de experiența lor anterioară, dar și de abilitățile și de efectele educaționale oferite anterior din partea mediului (*Hárdi, 1992*).

Adolescenții care cresc în familii sănătoase dovedesc strategii de coping diferite față de colegii lor, iar modalitățile de rezolvare a conflictelor, alături de rolurile și valorile sociale, și le însușesc în familiile din care provin (*Pikó, 2010*). În fața obstacolelor în atingerea scopului sau în situații stresante adolescenții utilizează modelele comportamentale învățate din experiențele anterioare, influențând semnificativ procesul de coping (*Lansford și col., 2006*).

Comportamentele de sănătate deficitare sunt strâns legate de adoptarea unor modalități de coping inadecvate, așa cum sunt, de exemplu, utilizarea excesivă a televizorului sau a calculatorului ori alte modalități pasive de petrecere a timpului liber (Lohaus și col., 2009).

Conform cercetărilor efectuate de Keresztes și Pikó (2007), mecanismele de coping adoptate influențează semnificativ deciziile privind comportamentul de sănătate al adolescenților. Deseori mecanismele de coping eficiente presupun un comportament asertiv, respectiv funcționarea unor componente cognitive care se pot plia într-un mod flexibil pe cerințele din mediul înconjurător (Spielberger, 2004). Unele rezultate arată că strategiile cognitive de coping, centrate pe rezolvarea problemelor, se asociază cu un comportament de sănătate pozitiv, în timp ce mecanismele de coping centrate pe controlul exprimării emoțiilor se leagă îndeosebi de comportamentul de sănătate deficitar. Fumatul și consumul de alcool pot fi adesea utilizate de adolescenți ca strategii de coping maladaptative, confirmând teoriile legate de procesul de adaptare, cu referire la anii tulburi ai adolescenței (Pikó, 2001).

3.4. Influența modului de exprimare și orientare al agresivității asupra sănătății mentale

Studiile științifice și politicile educaționale centrate pe apărarea sănătății mentale subliniază importanța tratării subiectului agresivității într-un context socio-cultural, luând în considerare particularitățile și transformările sociale și individuale din zilele noastre. Investigarea sociologică a comportamentului de exprimare a agresivității va surprinde, astfel, condiționarea socio-culturală a reacțiilor față de provocările cotidiene și pe cea a formării comportamentelor cauzatoare de risc (cum sunt fumatul, consumul de substanțe nocive, alimentația nesănătoasă, izolarea socială sau apartenența la grupuri infracționale, etc.), ca fenomene sociale (Lupu și Zanc, 1999; Olweus, 1984).

Parker și Asher (1987) identifică comportamentul agresiv ca fiind unul dintre cei mai puternici predictorii ai problemelor de comportament manifestate în anturajul celor de aceeași vârstă. Deși acțiunile agresive au fost privite în mod tradițional ca manifestări fizice, prin care persoana țintă era vătămată, și formele nonfizice ale agresivității sociale și relaționale pot cauza leziuni, în special cu privire la confortul psihic al adolescentului.

Expresia agresivității este apreciată de specialiști drept un factor complex, cu asocieri interesante legate de comportamentul manifestat față de sănătate din perioada adolescenței. Comportamentul agresiv manifestat de către adolescenți în cadrul relațiilor interpersonale dovedește un grad de stabilitate ridicat în timp. Factorii de referință în stabilirea persistenței în timp a comportamentului agresiv sunt tendințele individuale de reacție la diferiți stimuli, și sistemul motivațional al persoanei. Acești indicatori ai personalității conțin acele componente cognitive care, în cazul persoanelor caracterizate de un nivel ridicat al agresivității, pot cauza percepția deformată a unei situații date. Aceste persoane percep deseori reacțiile altora ca amenințătoare,

provocatoare sau agresive. Mecanismele deficitare de prelucrare a informației au ca punct de plecare experiențele timpurii de socializare (*Olweus, 1984*).

Analiza nivelului de exprimare a agresivității și a modalităților de orientare a acesteia spre mediul exterior sau spre propria persoană ne oferă date importante în studierea comportamentului prezentând risc și a comportamentului propice sănătății. Nu se poate afirma că există o relație de cauzalitate între comportamentul de sănătate deficitar adoptat de către adolescenți și agresivitatea exprimată de aceștia. Există însă studii care au dovedit relația de cauzalitate între anumiți factori ai comportamentului legat de sănătate (cum sunt imaginea subiectivă a corpului, modul de viață sedentar, consumul de alcool, prezența tulburărilor psihosomatice) și nivelul ridicat de stres psihic, autoaprecierea negativă sau un nivel crescut al agresivității (*Zoccali și col., 2007*).

Agresivitatea, descrisă în primul rând ca o reacție tipică la furie, poate apărea și din alte motive, cum ar fi anxietatea, diferitele tensiuni psihice sau conflicte nerezolvate, invidie, amenințări sau alte neînțelegeri. Literatura de specialitate definește agresivitatea ca tendința de atacare a integrității fizice sau psihice al unei alte ființe vii. Din această perspectivă, agresivitatea se situează la nivelul dispozițiilor, reprezentând acea tensiune care pune organismul în mișcare, până când motivația actului comportamental este redusă sau satisfăcută (*Larousse, 1995 după Sillamy, 1998*).

Teoriile psihologice și sociologice tratează diferențiat problema agresivității adolescentului. Astfel, teoria psihanalitică vede agresivitatea ca fiind un impuls produs de frustrare, o dorință înnăscută, pe când teoreticienii învățării sociale susțin că agresivitatea este un răspuns achiziționat prin observarea și imitarea comportamentelor altor persoane (*Freud, 1895, 2005; Bandura, 1973; Atkinson și col., 2002*). Experiențele adolescenților, caracterizate prin agresivitate, sunt explicate de către comportamențiști prin intermediul relației stimul – răspuns. Astfel, răspunsurile agresive se accentuează, dacă acest comportament este urmat de retragerea celui alt, comparativ cu situația în care apare un răspuns similar din partea adversarului (*Atkinson și col., 2002*).

În abordarea cognitivă se evidențiază rolul cunoașterii în cazul agresivității, exemplificată prin reacțiile noastre mai agresive în cazul în care suntem ofenșați de către cineva cunoscut decât dacă aceasta vine din partea unui necunoscut. Cunoașterea diferă în cele două situații, deci interpretarea cognitivă este ceea ce controlează exprimarea agresivității (*Atkinson și col., 2002*).

Conform studiilor, comportamentul agresiv manifestat de adolescenți în cadrul relațiilor interpersonale dovedește un grad de stabilitate ridicat în timp. Agresivitatea din perioada copilăriei mici poate fi considerată predictorul caracteristicilor psihologice negative de mai târziu. Comportamentul agresiv este influențat de modelele de acțiune interiorizate și cristalizate prin experiențele anterioare, din perioada copilăriei. Aceste modele însușite pot fi caracterizate în unele cazuri ca fiind de dușmănie, de neîncredere sau de decepție (*Lansford și col., 2006*).

Factorii de personalitate în stabilizarea comportamentului agresiv sunt tendințele de manifestare a reacțiilor individuale la diferiți stimuli, respectiv dezvoltarea sistemului motivațional-afectiv al adolescentului. Aceștia conțin componente cognitive care, în cazul adolescenților, sunt caracterizate de un nivel ridicat al agresivității, și determină percepția distorsionată a unor persoane sau situații date. Autorii explică

fenomenul prin tiparele cognitive dezadaptative de funcționare și prin eșecul de a învăța răspunsuri emoționale adecvate (*Lansford și col., 2006*). Astfel, deseori tinerii percep reacțiile altora ca fiind amenințătoare, provocatoare sau chiar agresive. Mecanismele deficitare de prelucrare a informației sociale au la bază experiențele timpurii de socializare (*Olweus, 1984*).

Într-o situație frustrantă adolescentul va adopta o modalitate de răspuns în funcție de modelele comportamentale prin care a reușit reducerea frustrării sau a tensiunii psihice în trecut. Astfel, poate solicita ajutorul celor din jur sau se poate retrage în sine, poate adopta un comportament agresiv sau poate consuma alcool și chiar droguri ori, în caz fericit, poate depune mai mult efort în rezolvarea situației (*Langens și Mörrth, 2003*).

Manifestările și expresiile furiei și ale agresivității, alături de alți factori cauzatori de risc, pot avea consecințe asupra stării de sănătate. Agresivitatea, prin intermediul reacțiilor fiziologice care stau la baza ei, deseori este strâns legată de un comportament de sănătate deficitar, cum ar fi – de exemplu – fumatul, consumul de alcool, obiceiurile alimentare nesănătoase, consumul excesiv de cafea, respectiv se asociază cu evitarea sprijinului de orice fel oferit de persoanele apropiate. Din punct de vedere al strategiilor de coping adoptate, persoanele agresive utilizează frecvent mecanismele de evitare, din cauza neîncrederii ridicate în persoanele din jur (*Ogden, 2007*).

Conform studiilor, tulburările psihosomatice în rândul elevilor apar sub impactul creșterii exigențelor de performanță ale sistemului școlar, a creșterii frecvenței conflictelor familiale și a experiențelor legate de agresivitatea școlară (*Pikó, 2007*). Frecvența unor astfel de tulburări psihosomatice indică un nivel ridicat al stresului psihic și atrag după sine, la rândul lor, și un nivel mai ridicat al manifestărilor agresive.

Relația dintre comportamentul legat de sănătate și agresivitate necesită încă multe studii ce urmează a fi efectuate. În prezent nu se poate afirma că există o relație de cauzalitate între agresivitate și comportamentul de sănătate deficitar adoptat de către adolescenți, există însă studii care dovedesc o relație de cauzalitate între anumiți factori ai comportamentului privitor la sănătate (cum sunt imaginea de sine, modul de viață sedentar, consumul de alcool, prezența tulburărilor psihosomatice etc.) și nivelul ridicat al stresului psihic, nivelul scăzut al autoaprecierii sau un nivel ridicat al agresivității (*Diong și Bishop, 1999*).

Deși în cercetarea noastră ne-am propus analiza exprimării agresivității la nivel individual, considerat un factor al personalității, subiecții cercetării fiind elevi, ne vom orienta atenția și asupra contextului în care este exprimată agresivitatea. De asemenea, eșecul școlar este un factor de risc important în privința creșterii violenței în școală. *Weil (1992)* vorbește despre sindromul eșecului școlar ca un factor de risc important cât privește creșterea violenței în școală. Potrivit autorului, sentimentul de eșec interiorizat antrenează sechele psihologice profunde și durabile care se exprimă, adesea, prin comportamente violente.

Mediul școlar găzduiește uneori conflicte de natură specifică, aglutinate cu altele, nonspecifice, general umane, de comportament. Aici sursele conflictelor rezidă în caracterul particular al activității (predarea-învățarea și formarea) și în tensiunile sau disfuncționalitățile care survin în procesul interacțiunii dintre elementele curriculu-

mului: obiective, conținuturi/cunoaștere, tehnologie didactică (metodele de învățământ, relația profesor-elev, formele, modurile și mijloacele de învățământ), evaluare și notare, relația cu părinții și cu instituțiile nonșcolare.

În instituția școlară se produc, incontestabil, toate tipurile recunoscute de conflicte interpersonale, intergrupale, intragrupale, grup-individ, dar ele se prezintă ca fiind conflicte între: elevi – elevi; elevi – cadre didactice; cadre didactice – cadre didactice; cadre didactice – foruri de conducere; cadre didactice – persoane/instituții externe sistemului de învățământ și, în primul rând, familia (Stoica-Constantin și Onici, 2003).

Ortega, Mora-Merchán și Jäger (2007) susțin că fenomenele de violență pot fi interpretate ca rezultate ale participării la procesele interpersonale care includ diferite grade ale aceleiași violențe structurale a societății. Acestea devin prezente în atitudinile și activitățile pe care elevii le desfășoară în clasă. În acest fel, modelul regulilor și valorilor care predomină în societate este repetat în clasa de elevi, într-o măsură mai mare, favorizând apariția abuzului, a excluderii sociale, a competiției neregulamentare, a răutății sau a decepției în urma relațiilor care se stabilesc. Dezvoltarea morală și socială a elevilor include și asimilarea unor valori morale și sociale, caracterizate prin toleranță, rezistență la frustrare, rezolvare eficientă a conflictelor.

La un nivel general al societății, comportamentul agresiv este nonnormativ pentru fete, în timp ce pentru băieți agresivitatea poate servi ca strategie de creștere a dominanței sau a statutului lor printre colegi. În contrast, la fete normele sociale sprijină nivelurile scăzute ale agresivității.

În mod interesant, fetele și băieții prezintă diferențe în ceea ce privește conștientizarea agresivității lor. Cu toate acestea, agresivitatea constituie un predictor negativ al preferințelor colegilor, atât la băieți, cât și la fete (Stormshak, Bierman, Bruschi, Dodge, Coie și The Conduct Problems Prevention Research Group, 1999). Astfel, în mediile școlare în care retragerea a fost impusă, elevii s-au dovedit mai singuratici în jocurile lor și s-a observat un nivel mai scăzut al interacțiunilor lor sociale. La nivel individual, agresivitatea și comportamentul prosocial constituie predictorii ai preferințelor colegilor, iar la nivelul clasei atât agresivitatea, cât și retragerea s-au dovedit semnificativ mai mari. Atât la băieți, cât și la fete, comportamentul prosocial s-a dovedit a fi un predictor pozitiv al preferințelor sociale. În colectivitățile de elevi caracterizate de un nivel scăzut al comportamentelor prosociale fetele au fost mai sociabile decât băieții, astfel că sexul elevilor, alături de trăsăturile lor prosociale, au fost predictive pentru preferințele colegilor lor. Comportamentul social implică abilități mai dezvoltate ale interacțiunilor sociale, răspunsuri interpersonale evidente și disponibilitatea față de personalitatea altora, ceea ce, la rândul lor, facilitează acceptarea socială în contextul școlii și al colegilor (Stormshak, Bierman, Bruschi, Dodge, Coie și The Conduct Problems Prevention Research Group, 1999).

CAPITOLUL IV.

Aspecte metodologice ale cercetării

Analiza stilului de viață al adolescenților și al comportamentelor relative la sănătate adoptate la această vârstă presupune o abordare complexă, interdisciplinară. În viziunea noastră se impune atât investigarea sociologică a comportamentelor specifice care vizează menținerea sănătății și a contextului în care se desfășoară acestea, cât și studierea acelor factori de personalitate care determină valorile, atitudinile și comportamentele legate de sănătate și de boală.

În acest scop, instrumentele și metodele utilizate în studiul comportamentului vizând sănătatea al adolescenților se centrează pe analiza aspectelor comportamentale specifice, care contribuie la menținerea sănătății, ale mediului social adecvat, dar și ale personalității indivizilor.

Rezultatele obținute în cercetarea noastră vor putea fi comparate ulterior cu rezultatele obținute și publicate în rapoartele internaționale (HBSC). Analiza acestor documente va permite formarea unei imagini de ansamblu asupra specificităților grupului de adolescenți chestionați în cercetarea noastră, comparativ cu populațiile de adolescenți din alte state ale Uniunii Europene.

4.1. Obiectivele cercetării

Abordarea principală pe care se axează cercetarea constă în analiza relațiilor dintre factorii protectivi și cei de risc ai sănătății și particularitățile psihosociale ale comportamentului de sănătate al adolescenților. Astfel, ne-am propus analiza legăturilor între regularitatea activității fizice, controlul greutății corporale, aprecierea sănătății și calității vieții, autoaprecierea globală (factori protectivi ai sănătății) și componentele personalității adolescenților (modalități de coping, aprecierea de sine și exprimarea agresivității). În mod similar, am dorit să analizăm relațiile dintre factorii de risc pentru sănătate, cum sunt frecvența fumatului, consumului de alcool și droguri și variabilele personalității. Am tratat în mod diferențiat, pe marginea interrelaționărilor dintre variabilele analizate, importanți factori proveniți din mediul social al adolescenților chestionați, precum: structura familiei, suportul social din partea părinților (mediul familial); climatul social al clasei de elevi, acceptarea/nonacceptarea din partea colegilor și a profesorilor, presiunea percepută din partea școlii (mediul școlar); numărul prietenilor și timpul petrecut cu colegii de aceeași vârstă (peer-group).

Obiectivul teoretic al cercetării constă în trecerea în revistă a abordărilor teoretice și a modelelor explicative interdisciplinare din domeniul sociologiei medicale, a psihologiei sănătății, a particularităților de personalitate, precum și a psihologiei dezvoltării. Acest demers are scopul de a fundamenta elaborarea și implementarea cercetării propriu-zise. Totodată contribuie la o mai bună înțelegere a aspectelor studiate și la integrarea acestora în domeniile științifice amintite.

Obiectivul practic al cercetării constă în analiza factorilor de risc și a celor protectivi ai sănătății adolescenților în funcție de contextele sociale (familial și școlar) în care aceștia trăiesc. Dorim să obținem date care susțin și totodată explică variațiile semnificative ale comportamentului legat de sănătate în funcție de modalitățile de coping și de exprimare a agresivității, respectiv prin prisma aprecierii de sine globale, ale adolescenților studiați.

Obiectivul metodologic al cercetării constă în conturarea aspectelor pe care se pot baza specialiștii în elaborarea și implementarea programelor de prevenție în domeniul sănătății mentale. Colectarea unor date pe un eșantion din populația țării noastre utilizând unii din itemii specifici ai chestionarului HBSC internațional permite elaborarea unor studii comparative ulterioare și totodată oferă o validitate sporită a cercetării noastre.

În ansamblu, cercetarea evidențiază necesitatea abordării fenomenului agresivității în rândul adolescenților prin prisma factorilor de risc și protectivi ai sănătății acestora. Lucrarea atrage atenția asupra necesității creșterii nivelului de educație privind comportamentul privind sănătatea, promovarea adoptării unui mod de viață activ și sănătos, întărirea autoaprecierii pozitive și a satisfacției create de stilul de viață.

4.2. Ipoteze de lucru

1. Factorii protectivi (*a*) și cei de risc (*b*) ai comportamentului de sănătate prezintă diferențe semnificative în funcție de *sex*.
2. Factorii de personalitate analizați (autoaprecierea, stilul de coping și agresivitatea exprimată) prezintă relații semnificative atât cu comportamentele de risc, cât și cu cei protectivi ai sănătății. Totodată, presupunem diferențe semnificative tipologice în funcție de componentele personalității analizate.
 - 2.1. *nivelul de autoapreciere* (RSES) ridicat prezintă o asociere semnificativă cu frecvența ridicată a comportamentelor protective ale sănătății, iar nivelul scăzut al acestuia este asociat cu frecvența ridicată a comportamentelor de risc;
 - 2.2. presupunem că există diferențe semnificative în utilizarea modalităților de coping, la adolescenții caracterizați prin adoptarea frecventă a comportamentelor îndreptate spre risc, față de colegii lor care au un stil de viață sănătos;
 - 2.3. *nivelul și modalitatea de exprimare a agresivității* dovedește asocieri semnificative cu factorii de risc și protectivi ai sănătății.
3. Factorii contextului social, de pildă caracteristicile familiei, ale relațiilor cu colegii de aceeași vârstă și cu mediul școlar prezintă legături strânse cu comportamentele protective și de risc manifestate de către adolescenți.
 - 3.1. *structura familiei, nivelul de educație a părinților și suportul afectiv perceput* din partea acestora determină relații semnificative cu comportamentele protective și de risc ale adolescenților;
 - 3.2. *numărul prietenilor și durata timpului petrecut cu colegii* sunt strâns legate de angajarea adolescenților în comportamente protective sau cu risc pentru sănătate;

- 3.3. factorii mediului școlar, cum sunt climatul clasei, atitudinea față de școală, stresul școlar, gradul de acceptare din partea colegilor și al profesorilor, precum și gradul de acceptare al personalității elevilor din partea profesorilor dovedesc relații semnificative cu comportamentele de sănătate și de risc ale adolescenților;
- 3.4. *implicarea adolescenților în conflicte școlare, respectiv asumarea rolului de agresor sau victimă* ilustrează relații semnificative cu comportamentele de risc sau protective pentru sănătate. Presupunem că rolul de victimă și de agresor deopotrivă intră în corelații semnificative cu factorii de risc ai sănătății.
4. *Contextul social și regional-cultural* determină diferențe semnificative în ceea ce privește comportamentul de sănătate și de risc al adolescenților. Totodată, există diferențe semnificative cu privire la factorii de personalitate a adolescenților proveniți din cele două regiuni socio-culturale.

4.3. Prezentarea eșantionului

Cercetarea s-a desfășurat pe un eșantion randomizat, stratificat în funcție de clasa școlară, în perioada octombrie 2010 – februarie 2011. Eșantionul cuprinde un număr de 447 de adolescenți din mai multe licee din Târgu-Mureș și Sighișoara, respectiv din orașul Eger, Ungaria. Am aplicat chestionarul la elevii claselor a XI-a și a XII-a la licee de profil socio-uman, care aveau un nivel asemănător al performanțelor școlare. Dintr-un număr de 235 de adolescenți studiați, 235 aveau vârsta de 17 ani (52,6%) și 212 aveau vârsta de 18 ani (47,4%). Am chestionat 191 de băieți (42,7%) și 256 de fete (57,3%).

Tabel 4.1. Caracteristici socio-demografice ale populației cercetate.

Variabila	Categoria	N	%
Vârsta	17 ani	235	52.6
	18 ani	212	47.4
Sexul	Masculin	191	42.7
	Feminin	256	57.3
Nivelul de școlarizare	Liceu	447	100
Profilul școlii	Socio-uman	447	100
Clasa	A XI-a	235	52.6
	A XII-a	212	47.4
Domiciliul	Urban	447	100
Orașul	Tg.Mureș	221	49.4
	Sighișoara	144	32.2
	Eger	82	18.3
Țara	România	365	81.7
	Ungaria	82	18.3
Naționalitatea	Maghiară	447	100
Total subiecți	N = 447		

4.4. Metode și instrumente folosite

În scopul analizei comportamentului privind sănătatea a subiecților cercetării am elaborat un chestionar sociologic, care conține itemi cu privire la situația demografică, la comportamentele de risc și protectivi pentru sănătate, dar și la caracteristicile mediului școlar și familial al adolescenților. Întrebările au avut ca punct de plecare pachetele de itemi utilizate în cercetările internaționale ale comportamentului legat de sănătate la școlari (OMS 2002, *Health Behavior in School-aged Children Survey*). Ele au fost aplicate în Ungaria în anii 2002 și 2006 (după Aszmann și col., 2003 și Németh și col., 2007, 2011) și în România în anul 2006 de către Adriana Băban și col. (Băban A. și col., 2007).

Completarea în scris a chestionarului a durat aproximativ 40 minute și s-a efectuat în cadrul clasei, în timpul unei ore de curs. Chestionarele au rămas anonime.

Rezultatele noastre vor permite compararea datelor obținute cu cele prezentate în rapoartele HBSC, acestea fiind obținute prin metode identice, pe baza unor itemi similari (vezi anexa 2).

Demersul metodologic al lucrării grupează factorii comportamentului de sănătate (vezi figura 1.7, p. 31) în factori protectivi (de menținere sau întreținere a stării de sănătate) din care fac parte activitatea fizică efectuată în mod regulat, controlul conștient al greutateii corporale, sentimentul de satisfacție al vieții și în factori de risc (nocivi pentru starea de sănătate), din care fac parte fumatul, consumul de alcool și consumul de droguri.

Chestionarul se adresează adolescenților și conține mai multe pachete de întrebări referitoare la următoarele aspecte (după modelul HBSC, Aszmann, 2003)(vezi anexa 1 și 2):

1. *date demografice*: sex, clasă, profilul școlii, domiciliul (localitate, țară).
2. date cu privire la *comportamentul de sănătate* ale adolescenților
 - autoevaluarea stării de sănătate;
 - percepția calității vieții;
 - activitatea fizică (ponderea și regularitatea efectuării ei);
 - percepția propriului corp
 - și acțiunile efectuate pentru controlul greutateii corporale,precum și la *comportamentele cu risc pentru sănătate*:
 - cum sunt fumatul,
 - consumul de alcool,
 - și consumul de substanțe interzise (droguri).

Cotarea factorilor protectivi a fost următoarea:

- Răspunsurile la variabila *autoaprecierea stării de sănătate* s-a realizat pe baza răspunsului adolescenților la întrebarea „Cum apreciezi starea ta de sănătate?”, răspunsurile posibile fiind: „excelentă” – 1, „bună” – 2, „corespunzătoare” – 3 sau „slabă” – 4.
- *Calitatea vieții* a fost investigată cu ajutorul chestionarului WBI-5 (Well Being Inventory – Scala Stării de Bine Subiective), elaborat de cercetătorii OMS (1998)¹⁵. Scala a fost etalonată pe populația de adolescenți din Ungaria de către *Susánszky și col. (2006)*. Conform rezultatelor lor scala poate fi considerată validă și fiabilă pentru studiile care vizează calitatea vieții. Adolescenții au sarcina de a indica, pe o scală de la 0 la 10 cât de mulțumiți sunt de propria viață, unde (0) semnifică o insatisfacție maximă, iar (10) înseamnă un grad înalt de satisfacție a vieții.
- *Activitatea fizică*, prin răspunsuri la doi itemi: regularitatea efectuării de exerciții fizice (cotată pe o scală de la 0 la 7, însemnând numărul de zile pe săptămână în care au efectuează mișcare cel puțin câte 60 de minute) și frecvența de mișcare efectuată (răspunsuri posibile: „zilnic” – 1, „de 4–6 ori pe săptămână” – 2, „de 2–3 ori pe săptămână” – 3, „o dată pe săptămână” – 4, „lunar” – 5, „o dată la mai multe luni” – 6, „niciodată” – 7).
- *Percepția propriului corp* s-a realizat prin răspunsul la întrebarea: „Cum vezi constituția ta fizică?”, răspunsurile fiind, la alegere: „sunt foarte slab” – 1, „sunt mai degrabă slab” – 2, „aproximativ potrivită” – 3, „sunt mai degrabă corpulent” – 4 sau „sunt foarte gras” – 5.
- Acțiuni întreprinse în scopul *menținerii greutății corporale*: itemii evaluau necesitatea folosirii unui regim alimentar sau a unei diete („nu, pentru că nu am probleme cu greutatea” – 1, „nu, deși aș avea nevoie” – 2, „nu, pentru că ar trebui mai degrabă să mă îngraș” – 3, „da, folosesc un regim alimentar specific (mănânc puțin, folosesc o anumită dietă alimentară)” – 4 și „da, dar prin alte mijloace” – 5).

Cotarea factorilor de risc a fost următoarea:

- *Fumatul* a fost investigat, sub aspectul prevalenței („Ai fumat vreodată o țigară sau o pipă?”, răspunsuri posibile „da” – 1 sau „nu” – 2) și al frecvenței („Cât de frecvent fumezi în prezent?”, răspunsuri posibile: „zilnic” – 1, „cel puțin odată pe săptămână, dar nu zilnic” – 2, „o dată la mai multe săptămâni” – 3 sau „nu fumez” – 4).
- *Consumul de alcool* în rândul adolescenților s-a investigat prin întrebări care se referă la frecvența consumului acestuia (variante de răspuns: „zilnic” – 1, „săptămânal” – 2, „lunar” – 3, „o dată la mai multe săptămâni” – 4, „niciodată” – 5) și la cantitatea de alcool consumat („Ai consumat vreodată atât de mult alcool, încât să te îmbeți?”, răspunsurile fiind: „nu, niciodată” – 1 „da, o dată” – 2, „da, de 2–3 ori” – 3, „da, de 4–10 ori” – 4, „da, de mai mult de 10 ori” – 5).

¹⁵ Regional Office for Europe WHO. Use of Well-Being Measures in Primary Health Care – The DepCare Project. Health for All, Target 12, 1998.

- *Consumul de droguri*, de asemenea, a fost cotate, vizându-se prevalența consumului de droguri ușoare („Ai consumat vreodată marijuana sau hașiș?”, răspunsuri posibile „niciodată” – 1, „de 1–2 ori” – 2, „de 3–5 ori” – 3, „de 6–9 ori” – 4, „de 10–19 ori” – 5, „de 20–39 ori” – 6 și „de mai mult de 40 ori” – 7) și frecvența („Ai consumat vreodată în viață unul sau mai multe dintre substanțele de mai jos?”, răspunsuri: „niciodată” – 1, „de 1–2 ori” – 2, „de 3–5 ori” – 3, „de 6–9 ori” – 4, „de 10–19 ori” – 5, „de 20–39 ori” – 6 și „de mai mult de 40 ori” – 7).
- 3. date referitoare la *contextul social al apariției comportamentelor de sănătate*, și anume:
 - factori proveniți din mediul familial (prezența/absența membrilor familiei, nivelul de educație și suportul afectiv perceput din partea părinților);
 - factori proveniți din mediul școlar (atitudinea față de școală, acceptarea subiecților de către colegi și profesori, climatul clasei, percepția stresului școlar, agresivitatea școlară),
 - și din partea grupului de apartenență, (numărul prietenilor, timpul petrecut împreună cu prietenii).

Cotarea variabilelor amintite a fost următoarea:

- *Structura familiei*: adolescenții au fost chestionați asupra membrilor familiei cu care locuiesc împreună, nivelul de educație al părinților (variante de răspuns: „nu a terminat școala primară” – 1, „școală primară” – 2, „școală profesională” – 3 „liceu” – 4, „universitate sau colegiu” – 5, „nu știu” – 6) și asupra persoanei (din familie) cu care își discută problemele personale.
- Factorii mediului școlari: *atitudinea față de școală* („îmi place foarte mult” – 1, „îmi place puțin” – 2, „nu-mi place prea mult” – 3, „nu-mi place deloc” – 4), *climatul clasei* („Elevilor din clasa mea le place să fie împreună”, variante de răspuns: „sunt pe deplin de acord” – 1, „sunt de acord” – 2, „parțial sunt de acord, parțial nu” – 3, „nu sunt de acord” – 4, „nu sunt deloc de acord” – 5), *acceptarea de către colegi* („Colegii de clasă m-au acceptat așa cum sunt.”, variante de răspuns: „sunt pe deplin de acord” – 1, „sunt de acord” – 2, „parțial sunt de acord, parțial nu” – 3, „nu sunt de acord” – 4, „nu sunt deloc de acord” – 5) și *de către profesori* („Profesorii sunt interesați de personalitatea mea”, variante de răspuns: „sunt pe deplin de acord” – 1, „sunt de acord” – 2, „parțial sunt de acord, parțial nu” – 3, „nu sunt de acord” – 4, „nu sunt deloc de acord” – 5). *Stresul școlar* s-a investigat prin intermediul întrebării: „În ce măsură te suprasolicită sarcinile școlare?” (variante: „deloc” – 1, „puțin” – 2, „destul de mult” – 3, „foarte mult” – 4), iar agresivitatea școlară prin itemii: „În ultimele luni, cât de des ai fost abuzat/bătut în școală?” (variante de răspuns: „în ultimele luni, niciodată” – 1, „de 1–2 ori în ultimele luni” – 2, „de 2–3 ori pe lună, săptămânal” – 3, „de mai multe ori pe săptămână” – 4), În ultimele luni, cât de des ai luat parte în abuzarea/bătaia altor colegi din școală? (variante de răspuns: „în ultimele luni, niciodată” – 1, „de 1–2 ori în ultimele luni” – 2, „de 2–3 ori pe lună, săptămânal” – 3, „de mai multe ori pe săptămână” – 4) și „În ultimele

12 luni, de câte ori te-ai bătut/încăierat?” („niciodată” – 1, „o dată” – 2 „de două ori” – 3 „de trei ori” – 4, „de mai mult de trei ori” – 5).

- *Factorii grupului de apartenență* s-au referit la numărul prietenilor (variante de răspuns: „niciunul” – 1, „unul” – 2, „doi” – 3, trei sau mai mulți” – 4) și timpul petrecut împreună cu prietenii („nicio zi” – 1, „1 zi” – 2, „2 zile” – 3, „3 zile” – 4, „4 zile” – 5, „5 zile” – 6).
- 4. date privind *factorii de personalitate* cuprinși în cercetare (nivelul agresivității și modalitățile de expresie a acesteia, specificul modalității de coping, autoaprecierea), au fost investigate prin intermediul unor scale psihologice, după cum urmează:
 - Scala Stimei de Sine Rosenberg (RSES, *Rosenberg, 1965*), elaborată pentru a evalua sentimentul global al valorii personale și al autoacceptării. Scala cuprinde 10 itemi, iar coeficientul α Cronbach = 0,89 obținut de către autor indică o bună consistență internă. În cadrul cercetării HBSC din anul 2010 din Ungaria, pe un eșantion de adolescenți ($N = 5995$, $M = 28.86$, $SD = 5,06$), coeficientul α Cronbach obținut a fost de 0,83 (după Németh și col., 2011).
 - Scala de rezolvare a conflictelor – Ways of Coping Questionnaire (WOC), elaborată de Folkman și Lazarus (*Folkman și Lazarus, 1985*) investighează strategiile de coping utilizate (centrat pe probleme, pe emoții sau pe căutarea suportului social) în cazul confruntării cu o situație de stres. În cadrul celor trei strategii de coping sunt descrise șapte modalități: analiza problemei sau căutarea de informații, spirit combativ sau acceptarea confruntării și reevaluarea pozitivă (strategie centrată pe problemă), stăpânirea de sine, îndepărtarea sau minimalizarea amenințării, fuga de evitare (centrată pe emoție) și căutarea unui suport social. Indicele α Cronbach pentru eșantionul nostru cât privește copingul centrat pe probleme a fost de 0,83, iar cel privitor la copingul centrat pe emoții, de 0,69.
 - Scala de exprimare a agresivității – Anger Expression Scale (AES), elaborată pentru evaluarea nivelului de agresivitate de către Spielberger (*Spielberger și col. 1985*). Testul conține 20 de itemi și măsoară tendința de manifestare sau de reprimare a agresivității, ca trăsătură de personalitate. Testul conține trei subscale: nivelul total de agresivitate (Anger Expression: A/EX), agresivitatea exprimată (Anger Out: A/O) și agresivitatea reprimată (Anger In: A/I). Studiile din domeniu chestionarului au raportat validitatea internă ridicată a scalei (Cronbach $\alpha = 0,75$). Pentru eșantionul nostru am obținut un indice α Cronbach de 0,87.

Prelucrarea statistică a datelor a fost efectuată cu ajutorul programului SPSS (PASW), versiunea 18 și Amos, versiunea 18. Procedeele statistice utilizate au fost: *statistica descriptivă* (media, abaterea standard, semnificații), *testul t pentru eșantioane independente* (Independent-Samples t Test), *analiza de varianță* (One-Way ANOVA) și metoda *regresiei multiple stepwise*.

CAPITOLUL V.

Prezentarea și interpretarea rezultatelor

Am analizat variabilele implicate în comportamentele legate de sănătate prin gruparea acestora în

- *factori protectivi* (cum sunt autoaprecierea sănătății, autoaprecierea calității vieții, autoaprecierea globală, regularitatea și ponderea exercițiilor fizice, autoaprecierea constituției fizice și comportamentul orientat spre menținerea greutății corpului) și în
- *factori de risc* (cum sunt frecvența fumatului, frecvența și cantitatea consumului de alcool, prevalența și frecvența consumul de substanțe ilicite).

La variabila consumului de droguri, am analizat doar datele privitoare la consumul de medicamente, medicamente asociate cu consumul de alcool și consumul de substanțe etnobotanice, deoarece cantitatea datelor obținute (numărul de cazuri raportate de către adolescenți) cu privire la consumul celorlalte categorii de substanțe ilicite (consum de cannabis, cocaină, heroină, ecstasy, speed, LSD, inhalare de gaze sau ciuperci halucinogene) nu au permis o prelucrare a acestora prin procedee de analiză cantitativă.

În tabelul de mai jos am cuprins datele statistice descriptive ale *factorilor protectivi* ai sănătății la întregul eșantion analizat de către noi. ($N = 447$)

Tabel 5.1. Valori descriptive ale factorilor protectivi la întregul eșantion

Factori protectivi ai sănătății	Valori minime	Valori maxime	Media	Deviația std
Autoaprecierea sănătății	1,00	4,00	2,17	0,71
Autoaprecierea calității vieții	0,00	10,00	7,11	1,66
Autoapreciere globală	12,00	40,00	28,50	5,29
Regularitatea exercițiilor fizice	0,00	7,00	3,36	2,02
Ponderea exercițiilor fizice	1,00	7,00	3,61	1,49
Autoaprecierea constituției fizice	1,00	5,00	3,08	0,77
Controlul greutății corpului	1,00	5,00	2,30	1,43

Notă: semnificația valorilor minime și maxime, respectiv cotarea variabilelor este descrisă detaliat la subcapitolul *Metode și instrumente folosite*

În tabelul următor am cuprins datele generale cu privire la *factorii de risc* pentru întreg eșantionul de adolescenți.

Tabel 5.2. Valori descriptive ale factorilor de risc la întregul eșantion

Factori de risc ai sănătății	Valori minime	Valori maxime	Media	Deviația std
Frecvența fumatului	1,00	5,00	3,15	1,20
Cantitatea de alcool consumat	1,00	5,00	2,80	1,43
Frecvența consumului de alcool (bere)	1,00	5,00	3,59	1,15
Frecvența consumului de alcool (vin)	1,00	5,00	3,58	0,95
Frecvența consumului de alcool (spirtoase)	1,00	5,00	3,95	0,99
Prevalența consumului de droguri ilicite (pe parcursul vieții)	1,00	7,00	1,10	0,41
Frecvența consumului de droguri ilicite (medicamente)	1,00	7,00	1,16	0,51
Frecvența consumului de droguri ilicite (medicamente și alcool)	1,00	7,00	1,25	0,76
Frecvența consumului de droguri ilicite (etnobotanice)	1,00	7,00	1,31	0,46

Notă: semnificația valorilor minime și maxime, respectiv cotarea variabilelor este descrisă detaliat la subcapitolul *Metode și instrumente folosite*

Astfel, analiza datelor a vizat testarea ipotezelor cercetării, și anume verificarea asocierilor dintre nivelul de autoapreciere, mecanismele de coping utilizate și exprimarea – orientarea agresivității adolescenților în funcție de factorii protectivi și factorii de risc ai comportamentului de sănătate. Au fost examinate legăturile dintre factorii proveniți din mediul social (familie, școală, grup de apartenență) și factorii comportamentului de sănătate, respectiv specificul și influența mediului socio-cultural din care provin adolescenții asupra comportamentelor protective și cu risc pentru sănătate. De asemenea, în cazul fiecărei variabile studiate au fost evidențiate, în adoptarea comportamentelor de sănătate de către adolescenți, diferențele și inegalitățile datorate sexului.

5.1. Inegalități după sex privind comportamentele de sănătate și de risc adoptate de către adolescenți – verificarea ipotezei 1.

Pentru analiza diferențelor de sex în ceea ce privește prezența factorilor protectivi am aplicat testul *t* pentru eșantioane independente. Rezultatele obținute sunt cuprinse în tabelul 5.3.

Tabel 5.3. Factorii protectivi ai comportamentului de sănătate în funcție de sex (testul *t* pentru eșantioane independente)

Factori protectivi	Sex	Medii	Deviația standard	<i>t</i>	<i>p</i>
Autoaprecierea sănătății	Băieți	2.01	0.75	-4.12	0.000
	Fete	2.29	0.66		

Factori protectivi	Sex	Medii	Deviația standard	<i>t</i>	<i>p</i>
Autoaprecierea calității vieții	Băieți	7.20	1.61	1.03	0.302
	Fete	7.04	1.70		
Autoapreciere globală	Băieți	29,84	4.79	4.72	0.000
	Fete	27,50	5.42		
Regularitatea exercițiilor fizice	Băieți	2.86	1.93	6.37	0.000
	Fete	4.04	1.96		
Ponderea exercițiilor fizice	Băieți	4.08	1.50	-8.22	0.000
	Fete	2.98	1.22		
Autoaprecierea constituției fizice	Băieți	2.86	0.76	-5.33	0.000
	Fete	3.24	0.73		
Controlul greutateii corpului	Băieți	2.10	1.37	-2.58	0.010
	Fete	2.45	1.45		
Total subiecți	<i>N</i> = 447 (191 băieți și 256 de fete)				

Compararea celor două grupuri (fete și băieți) a evidențiat diferențe semnificative în ceea ce privește majoritatea factorilor protectivi ai sănătății analizați. Astfel, media pentru valorile răspunsurilor privind *autoaprecierea sănătății* ale băieților ($M = 2.01$, $SD = 0.75$) este semnificativ mai favorabilă ($t = -4.12$, $DF = 447$, two-tailed $p = 0.0001$) decât în rândul fetelor ($M = 2.29$, $SD = 0.66$).

Diferențe semnificative există și în ceea ce privește *autoaprecierea globală*, semnificativ mai ridicată la băieți ($t = 4.72$, $p = 0.0001$) față de fete; *autoaprecierea constituției fizice*, *ponderea* și *regularitatea exercițiilor fizice* semnificativ mai ridicată la băieți ($t = -5.33$, $p = 0.0001$) față de fete, dar și *eforturile pentru controlul greutateii corporale* semnificativ mai ridicată ($t = -2.58$, $p = 0.010$) în cazul fetelor față de băieți.

Interpretarea datelor noastre permite conturarea unui tablou individual de caracteristici individuale al băieților. Acesta poate fi descris prin aprecieri pozitive legate de sine, asociate cu percepții pozitive despre starea de sănătate proprie, cu ponderea și regularitatea activităților fizice și cu satisfacția privind greutatea corporală. În cazul fetelor, preocuparea accentuată cu aspectul fizic exterior (sau, cel puțin, aceste preocupări apar mai frecvent și mai precoce) și cu greutatea corporală (manifestându-se prin eforturi multiple de control al greutateii), poate conduce la aprecieri negative cu privire la sănătatea sau imaginea lor de sine. Unele dintre aceste specificități sunt determinate cultural și sunt însușite încă din perioadele timpurii ale copilăriei. Ele se suprapun diferențelor constituției fizice de natură genetică și, de asemenea, diferențelor date de modul de viață, obiceiurile alimentare sau de modalitățile de petrecere a timpului liber.

Studiile din domeniu centrate pe analiza influenței greutateii corporale asupra percepției sănătății au dovedit că o apreciere a sănătății semnificativ mai precară a fost prezentă la adolescenții supraponderali sau obezi, în cazul ambelor sexe. Conform cercetărilor, obezitatea în adolescență, atât în cazul fetelor, cât și la băieți, s-a dovedit a fi strâns legată de nivelul scăzut al calității vieții, alături de raportarea unei stări de

sănătate mai precară, comparativ cu colegii lor având greutatea corporală corespunzătoare (Swallen, Reither, Haas și Meier, 2005). Alte studii susțin că obezitatea asociată cu un nivel redus al autoaprecierii poate conduce la o rată mai mare a prezenței simptomelor depresive și la o probabilitate mai ridicată de a se angaja în comportamente de risc, precum sunt fumatul sau consumul de alcool, în special în cazul fetelor (Strauss, 2000; Friedlander, Larkin, Rosen, Palermo și Redline, 2003).

Diferențele de sex au fost dovedite de cercetători și în privința angajării adolescenților în activitățile fizice și în practicarea sporturilor. Astfel, rezultatele din domeniu susțin că băieții se angajează în activități fizice regulate și cu o durată semnificativ mai ridicată decât fetele. De asemenea (probabil explicabil prin regularitatea activităților fizice), băieții apreciază constituția lor fizică mai satisfăcătoare decât fetele și implicit acordă mai puțină atenție controlului greutății corporale, prin diete alimentare severe de exemplu (Németh, 2011; Halmai și Németh 2011).

Alte studii au dovedit că adolescenții – aparținând ambelor sexe – cu sănătatea precară și-au apreciat starea fizică într-un mod mai negativ față de cei care și-au perceput propria stare de sănătate ca fiind foarte bună (Page și col. 2009).

În același timp, însă, fetele au dat dovadă de o adaptare socială și școlară mai eficientă (Swallen, Reither, Haas și Meier, 2005). Percepția generală a sănătății și satisfacția dată de modul de viață în cazul fetelor s-a dovedit a fi mai puternic influențate de mediul școlar.

Cercetările susțin, totodată, existența unei strânse relații între percepția mai pozitivă a mediului școlar și percepția subiectivă a sănătății și a calității vieții, la ambele sexe (Ravens-Sieberer, Freeman, Kökönyi, Thomas și Erhart, 2009).

Totodată, cercetătorii au observat că fetele sunt mai predispuse să raporteze o stare de sănătate generală precară, asociată cu prezența mai multor simptome fizice, simptome depresive și o autoapreciere scăzută în comparație cu băieții (Kolip și Schmidt, 1999, Költő și Kökönyi, 2011).

Însumarea rezultatelor obținute de noi susțin, alături de cercetările internaționale din domeniu (vezi Currie, 2008), **existența diferențelor** privind starea de sănătate și **comportamentele de sănătate, în funcție de sexul** subiecților chestionați. Băieții prezintă un nivel semnificativ mai ridicat al autoaprecierii sănătății și o percepție mai favorabilă a corpului lor decât fetele. În urma acestor percepții, fetele vor depune mai multe eforturi pentru controlul greutății lor corporale și al prezenței lor fizice, în general decât băieții.

Astfel, *ipoteza 1.a.*, care susținea diferențele de sex semnificative în funcție de comportamentul de sănătate, a fost parțial confirmată. Nu am găsit însă diferențe semnificative în ceea ce privește calitatea vieții în funcție de sexul adolescenților chestionați.

Am analizat în continuare diferențele de sex în ceea ce privește factorii de risc ai sănătății, prin aceeași metodă statistică (testul t). Rezultatele obținute sunt cuprinse în tabelul 5.4.

Datele din tabel arată că media pentru valorile răspunsurilor privind cantitatea și frecvența consumului de alcool ale băieților ($M = 3.20$, $SD = 1.43$) este semnificativ mai ridicată ($t = 5.31$, $DF = 447$, two-tailed $p = 0.001$) decât în cazul fetelor ($M = 2.50$, $SD = 1.35$).

Tabel 5.4. Factorii de risc ai comportamentului legat de sănătate în funcție de sex (testul *t* pentru eșantioane independente)

Factori de risc	Sex	Medii	Deviația standard	<i>t</i>	<i>p</i>
Frecvența fumatului	Băieți	3.13	1.22	-0.22	0.826
	Fete	3.16	1.19		
Cantitatea de alcool consumat	Băieți	3.20	1.43	5.31	0.000
	Fete	2.50	1.35		
Frecvența consumului de alcool (bere)	Băieți	3.11	1.09	-8.24	0.000
	Fete	3.95	1.06		
Frecvența consumului de alcool (vin)	Băieți	3.49	0.96	-1.64	0.102
	Fete	3.64	0.94		
Frecvența consumului de alcool (spirtoase)	Băieți	3.80	0.99	-2.71	0.007
	Fete	4.05	0.97		
Prevalența consumului de droguri ilicite (pe parcursul vieții)	Băieți	1.46	0.94	1.37	0.173
	Fete	1.34	0.97		
Frecvența consumului de droguri ilicite (medicamente)	Băieți	1,08	0,37	-0,79	0,432
	Fete	1,11	0,44		
Frecvența consumului de droguri ilicite (medicamente cu alcool)	Băieți	1,17	0,43	0,42	0,674
	Fete	1,15	0,56		
Frecvența consumului de droguri ilicite (etnobotanice)	Băieți	1,30	0,83	1,39	0,165
	Fete	1,20	0,69		
Total subiecți	N = 447 (191 băieți și 256 de fete)				

În ceea ce privește factorii de risc al sănătății adolescenților din eșantionul analizat de către noi, între cele două sexe există diferențe semnificative, în special la consumul de alcool.

Similar interpretării rezultatelor în cazul diferențelor dintre băieți și fete în ceea ce privește autoaprecierea constituției fizice (de la ipoteza 1.a.), putem explica diferențele de sex prin întăririle socio-culturale diferite ale anumitor comportamente. Astfel, consumul de alcool este acceptat în cazul băieților (desigur în cantități reduse), și este chiar încurajat de către părinți sau membrii ai familiei. Aceste tendințe vor fi însă accentuate de diferențele de dezvoltare și schimbările hormonale din perioada adolescenței, conducând în unele cazuri la comportamente cu risc crescut pentru sănătate.

Aceste rezultate sunt concordante cu cele ale altor cercetări din domeniu (Currie, 2008; Halmai și Németh, 2011). În același timp, cercetările dovedesc o strânsă relație între abuzul de alcool al adolescenților și o serie de alte comportamente sau condiții de risc, cum sunt fumatul, consumul de substanțe ilicite, tulburările de comportament și simptome depresive, tulburări de alimentație și obezitate. Există dovezi concludente că aceste comportamente se asociază cu un stil de viață caracterizat prin adoptarea unor riscuri crescute pentru sănătate (Richter, 2011; Breslow și Smothers, 2005; Pickett și col., 2005).

Ipoteza 1.b a fost de asemenea parțial confirmată, susținând că și factorii de risc prezintă diferențe semnificative în funcție de sexul adolescenților. Nu am obținut, însă, diferențe semnificative în ceea ce privește frecvența fumatului, respectiv prevalența și frecvența consumului de droguri la cele două sexe.

Rezultatele noastre confirmă – din punctul de vedere al abordării psiho-socio-culturale a adoptării comportamentelor protective și de risc ale sănătății – tendințele datorate diferențelor individuale de sex și impactului social și cultural, manifestate deseori prin specificitățile adolescenților. Înțelegerea și conștientizarea acestor caracteristici proprii adolescenților sunt utile în elaborarea programelor de prevenție, care vizează adoptarea comportamentelor protective pentru sănătate și scăderea frecvenței comportamentelor cu risc pentru sănătate.

5.2. Analiza variabilelor comportamentului legat de sănătate prin prisma factorilor de personalitate – verificarea ipotezei 2.

Pentru atingerea obiectivelor propuse în partea metodologică a lucrării am recurs la studiul raporturilor între factorii de personalitate (modalitatea de coping, aprecierea de sine și exprimarea agresivității) și specificurile comportamentelor legate de sănătate, pozitive și negative.

Pentru sporirea acurateței în abordarea factorilor analizați am cuprins în tabelul următor variabilele analizate și modalitățile de funcționare ale acestora, alături de datele statistice descriptive aferente.

Tabel 5.5. Mediile și dev. std. ai factorilor de personalitate studiați: autoaprecierea, modalitatea de coping și nivelul, respectiv orientarea agresivității la întreg eșantionul ($N = 447$)

Variabila	Categoria	Valori minime	Valori maxime	Media	Deviația std.
Scala Stimei de Sine Rosenberg (RSES)	Autoapreciere globală	12	40	28,50	5,29
Scala de rezolvare a conflictelor	Rezolvarea problemei – căutarea de informații	0	9	6,13	1,68
Ways of Coping Questionnaire (WOC)	Spirit combativ sau acceptarea confruntării	0	12	6,40	2,47
	Reevaluarea pozitivă (focuse pe problemă)	0	12	4,06	2,31
	Stăpânirea de sine	1	12	6,53	2,03
	Îndepărtarea sau minimalizarea amenințării	0	6	3,86	1,32
	Fuga de evitare (focuse pe emoție)	0	9	3,41	1,43
	Căutarea unui suport social	0	9	5,27	1,84
Scala de exprimare a agresivității	Nivelul total de agresivitate (A/EX)	2	32	49,28	8,04
Anger Expression Scale (AES)	Agresivitate exprimată (A/O)	3	25	18,80	4,40
	Agresivitate reprimată (A/I)	26	71	19,29	5,01

Într-o primă etapă am efectuat analiza corelațiilor între factorii de personalitate (respectiv ale modalităților acestora) și factorii protectivi ai sănătății (vezi tabelul 5.6). *Anexa 4* conține tabelul de corelație cu indicii corelațiilor și pragurile de semnificație ale acestora.

Tabel 5.6. Corelațiile dintre factorii de personalitate și factorii protectivi ai sănătății
(sunt incluse doar corelațiile semnificative)

Factori protectivi	<i>r</i>	Factori de personalitate
Autoaprecierea sănătății (1: excelentă – 4: slabă)	-0,33**	aprecierea de sine globală
	-0,09*	rezolvarea problemei
	-0,24**	acceptarea confruntării
	-0,15**	îndepărtarea amenințării
	0,12*	agresivitatea orientată spre interior
Autoaprecierea calității vieții (0: insatisfacție maximă – 10: grad înalt de satisfacție)	0,39**	aprecierea de sine globală
	0,12*	rezolvarea de probleme
	0,28**	acceptarea confruntării
	-0,13**	reevaluarea pozitivă
	0,16**	îndepărtarea amenințării
Regularitatea exercițiilor fizice (0: nici o zi/săptămână – 7: șapte zile/săptămână)	-0,28**	agresivitatea orientată spre interior
	0,21**	aprecierea de sine globală
	0,16**	acceptarea confruntării
Ponderea exercițiilor fizice (1: zilnic – 7: niciodată)	-0,10*	agresivitatea orientată spre interior
	-0,23**	aprecierea de sine globală
	-0,16**	acceptarea confruntării
	0,11*	reevaluarea pozitivă
	0,11*	fuga de evitare
Autoaprecierea constituției fizice (1: sunt foarte slab – 5: sunt foarte gras)	0,16**	agresivitatea orientată spre interior
	-0,18**	autoaprecierea globală
	-0,11*	îndepărtarea amenințării
Controlul greutateii corpului (1: nu folosesc regim alimentar – 5: folosesc mai multe metode de regim)	-0,16**	autoaprecierea globală
	-0,11*	stăpânirea de sine
	0,10*	căutarea suportului social
	0,09*	agresivitatea orientată spre exterior

Conform rezultatelor obținute (vezi tabelul 5.6 și anexa 4), autoaprecierea sănătății prezintă corelații semnificative negative cu aprecierea de sine globală (-0.33*), cu acceptarea confruntării (-0,24*), îndepărtarea amenințării (-0.15**) dintre modalitățile de coping și corelație pozitivă semnificativă cu agresivitatea orientată spre propria persoană (0.12*). În mod asemănător, aprecierea calității vieții dovedește corelații semnificative cu aprecierea de sine globală (0.39 **), dintre modalitățile de coping cu rezolvarea de probleme (0.12*), cu acceptarea confruntării (0.28**) și, în mod negativ,

cu reevaluarea pozitivă (-0.13^*), cu îndepărtarea amenințării (-0.16^{**}) și cu agresivitatea orientată spre interior (-0.28^{**}). Satisfacția dată de propria constituție fizică se corelează negativ cu autoaprecierea globală (-0.18^{**}), iar controlul greutateii corporale, în mod negativ, cu autoaprecierea globală (-0.16^{**}), cu stăpânirea de sine (-0.11^*) și cu căutarea suportului social (0.10^*), respectiv cu nivelul de exprimare a agresivității spre exterior (0.09^*), o corelație slabă, dar semnificativă.

Anexa 5. conține rezultatele analizelor corelaționale dintre componentele personalității și factorii de risc ai sănătății la întregul eșantion de adolescenți. Rezultatele nu au evidențiat asocieri semnificative între autoaprecierea globală și factorii cu risc pentru sănătatea adolescenților.

Însă, majoritatea factorilor de risc au dovedit corelații semnificativ pozitive cu modalitățile emoționale și căutarea suportului social în procesul de coping (vezi tabelul 5.7). Totodată, rezultatele noastre au evidențiat o relație importantă a factorilor de risc cu modalitățile externe de expresie a agresivității și cu nivelul general de exprimare ale acestora.

Astfel, variabila *cantitatea de alcool consumat* prezintă corelații semnificative cu reevaluarea pozitivă ($0,26^{**}$), cu fuga de evitare ($0,10^*$), cu nivelul total de agresivitate ($0,26^{**}$) și cu agresivitatea exprimată ($0,28^{**}$), *frecvența consumului alcool (spirtoase)* prezintă corelații semnificative cu acceptarea confruntării ($0,11^*$), și cu căutarea suportului social ($0,17^{**}$), *prevalența consumului de droguri* cu reevaluarea pozitivă ($0,14^{**}$), și cu agresivitatea exprimată ($0,13^{**}$), iar *frecvența consumului de substanțe etnobotanice* cu reevaluarea pozitivă ($0,16^{**}$), cu nivelul total de agresivitate ($0,10^*$) și cu agresivitatea exprimată ($0,13^{**}$).

Tabel 5.7. Corelațiile dintre factorii de personalitate și factorii cu risc pentru sănătate (sunt incluse doar corelațiile semnificative)

Factori de risc	<i>r</i>	Factori de personalitate
Frecvența fumatului (1: zilnic – 4: nu fumez)	$-0,23^{**}$	reevaluarea pozitivă
	$-0,18^{**}$	nivelul total de agresivitate
	$-0,22^{**}$	agresivitatea orientată spre exterior
Cantitatea de alcool consumat (1: niciodată – 5: foarte des)	$0,26^{**}$	reevaluarea pozitivă
	$0,10^*$	fuga de evitare
	$-0,18^{**}$	căutarea suportului social
	$0,26^{**}$	nivelul total de agresivitate
	$0,28^{**}$	agresivitatea orientată spre exterior
Frecvența consumului de alcool (bere) (1: zilnic – 5: niciodată)	$0,16^{**}$	căutarea suportului social
Frecvența consumului de alcool (vin) (1: zilnic – 5: niciodată)	$-0,11^*$	reevaluarea pozitivă
	$-0,11^*$	agresivitatea orientată spre exterior
	$0,11^*$	acceptarea confruntării
Frecvența consumului de alcool (spirtoase) (1: zilnic – 5: niciodată)	$-0,19^{**}$	reevaluarea pozitivă
	$0,17^{**}$	căutarea suportului social
	$-0,18^{**}$	nivelul total de agresivitate
	$-0,20^{**}$	agresivitatea orientată spre exterior

Factori de risc	<i>r</i>	Factori de personalitate
Prevalența consumului de droguri (1: niciodată – 7: foarte des)	0,14**	reevaluarea pozitivă
	–0,10*	îndepărtarea amenințării
	–0,10*	căutarea suportului social
	0,13**	agresivitatea orientată spre exterior
Frecvența consumului de droguri (medicamente) (1: niciodată – 7: foarte des)	0,15**	reevaluarea pozitivă
	0,10*	agresivitatea orientată spre exterior
Frecvența consumului de droguri (medicamente și alcool) (1: niciodată – 7: foarte des)	0,24**	reevaluarea pozitivă
	–0,13**	îndepărtarea amenințării
	0,14**	nivelul total de agresivitate
	0,17**	agresivitatea orientată spre exterior
Frecvența consumului de droguri (etnobotanice) (1: niciodată – 7: foarte des)	0,16**	reevaluarea pozitivă
	–0,10*	îndepărtarea amenințării
	0,10*	nivelul total de agresivitate
	0,132**	agresivitatea orientată spre exterior

Asocierile obținute între variabilele analizate în cercetarea noastră dovedesc interrelaționări importante dintre factorii comportamentului de sănătate și cele legate de personalitatea adolescenților. Cele mai evidente asocieri s-au dovedit între autoaprecierea calității vieții, percepția sănătății proprii (factori protectivi ai sănătății) și aprecierea globală de sine, modalitățile de coping (acceptarea confruntării, îndepărtarea amenințării, căutarea suportului social, reevaluarea pozitivă sau fuga de evitare), agresivitatea exprimată spre interior (factori de personalitate).

Rezultatele obținute de noi evidențiază prezența predominantă a asocierilor dintre majoritatea factorilor de sănătate și *acceptarea confruntării* în procesul de coping. Studiile din domeniu oferă puncte de sprijin importante în interpretarea acestei corelații. Cercetătorii descriu modalitatea eficientă în ceea ce privește copingul la adolescenți prin necesitatea unui comportament asertiv și prin funcționarea acelor componente cognitive (acestea manifestându-se predominant în modalitățile de coping centrate pe problemă) care asigură adaptarea în mod flexibil la provocările mediului exterior. În mod contrar, adolescenții pot adopta *evitarea* și metode în general mai puțin eficiente în locul acceptării confruntării, sustrăgându-se de la acțiunile dificile și uneori neplăcute ale utilizării unor modalități active de coping (Hurrelmann și Richter 2006, Spielberger, 2004).

În cazul comportamentelor cu risc pentru sănătate observăm prezența predominantă a *reevaluării pozitive*, a minimizării amenințării, a evitării și *căutării suportului social*. Această diferențiere subliniază explicația conform căreia comportamentele de risc sunt strâns asociate cu modalități de coping centrate predominant pe emoții și pe evitare. Aceste specificități ale procesului de coping pot întări adoptarea comportamentelor cu risc pentru sănătate și se vor manifesta în lipsa de eficiență pentru personalitatea și sănătatea adolescentului (Silbereisen și Todt, 1994).

Însă, în procesul de coping, adolescenții acționează sub impactul unor mulțitudini de factori – care interacționează și determină semnificativ eficiența în realizarea sarcinilor dezvoltării – în procesul de individualizare și de integrare a personalității

lor. Modalitățile de evitare se pot exprima deseori în comportamente neconformiste, prin lipsa statorniciei și prin dificultăți în planul relaționărilor sociale. Totuși, modalitățile de coping nu se manifestă izolat, ci mai degrabă prin combinații ale externalizării și internalizării, ale componentelor cognitive și a celor emoționale. Cercetătorii depun eforturi pentru a determina acele modalități de răspunsuri la stres care se dovedesc dăunătoare sănătății. Însă, în mediile din viața reală este dificilă surprinderea variațiilor și schimbărilor rapide ale modalităților de coping adoptate de către adolescenți (Carver, 2011).

Cercetătorii au ajuns la concluzia că discrepanța dintre sarcinile dezvoltării și abilitățile de coping se poate manifesta în formele variate ale unor comportamente de risc ridicat. (Hurrellmann și Richter, 2006).

Rezultatele noastre și ale altor studii trecute în revistă anterior (Diener 1984, Pressman și Cohen 2005, Hurrellmann și Richter 2006, Diong și Bishop 1999, Ravens-Sieberger și col. 2004) evidențiază caracterul determinant al factorilor de personalitate asupra aprecierii calității vieții, considerat cel mai important indicator al stării generale de bine și al nivelului de sănătate al adolescenților.

Pentru a stabili care dintre factorii de personalitate pot constitui predictorii ai nivelului de autoapreciere a calității vieții ridicate în rândul adolescenților am folosit metoda regresiei multiple stepwise. În cadrul acestei metode, am introdus mai întâi *autoaprecierea globală* (modelul I) care a explicat 15,3 % din varianța autoaprecierii calității vieții ($F = 80,46$, $p = 0,000$), apoi *agresivitatea reprimată* (modelul II), *spiritul combativ sau acceptarea confruntării* ca modalitate de coping centrat pe problemă (modelul III) și *reevaluarea pozitivă* ca modalitate de coping centrat pe emoții (modelul IV). Cei patru factori, împreună, explică 21,5 % din variabilitatea autoaprecierii calității vieții. Autoaprecierea ridicată a calității vieții este, deci, determinată de *autoaprecierea globală ridicată*, *reprimarea scăzută a agresivității*, alegerea unei *modalități de coping centrate pe problemă* și evitarea alegerii unei *modalități de coping centrat pe emoții*. Datele statistice sunt cuprinse în tabelul 5.8.

Tabelul 5.8. Regresia multiplă stepwise a predictorilor autoaprecierii calității vieții în funcție de factorii de personalitate (sunt incluși doar predictorii semnificativi)

Variabila	R multiplu	B	Eroarea standard	Beta	t	Semnificația valorii t
Autoaprecierea globală	0,391a	0,084	0,015	0,268	5,649	0,000
Agresivitatea reprimată	0,428b	-0,067	0,017	-0,178	-4,010	0,000
Acceptarea confruntării	0,455c	0,117	0,030	0,174	3,831	0,000
Reevaluarea pozitivă	0,463d	-0,063	0,031	-0,088	-2,057	0,040

- Predictor: (Constant), Autoaprecierea globală
- Predictor: (Constant), Autoaprecierea globală, Agresivitatea reprimată
- Predictor: (Constant), Autoaprecierea globală, Agresivitatea reprimată, Acceptarea confruntării – coping centrat pe problemă
- Predictor: (Constant), Autoaprecierea globală, Agresivitatea reprimată, Acceptarea confruntării – coping centrat pe problemă, Reevaluarea pozitivă – coping centrat pe emoții

Introducând într-un model de regresie cele trei mari componente ale personalității, observăm că acestea constituie predictorii semnificativi ai nivelului autoaprecierii calității vieții la adolescenții din eșantionul nostru. Rezultatele analizelor noastre evidențiază în mod specific acele modalități ale variabilelor de personalitate care dovedesc un impact semnificativ asupra calității vieții. Astfel, pe lângă aprecierea de sine globală, nivelul scăzut al agresivității reprimată (Anger In – agresivitatea orientată spre propria persoană) și nivelul scăzut al adoptării modalităților de coping centrate pe emoții au fost cele predictive pentru calitatea vieții. Calitatea vieții este considerată și în multe alte studii factorul protectiv cel mai semnificativ al sănătății (Friedli 2009, Bowling și Windsor 2001, Eid și Diener 2004).

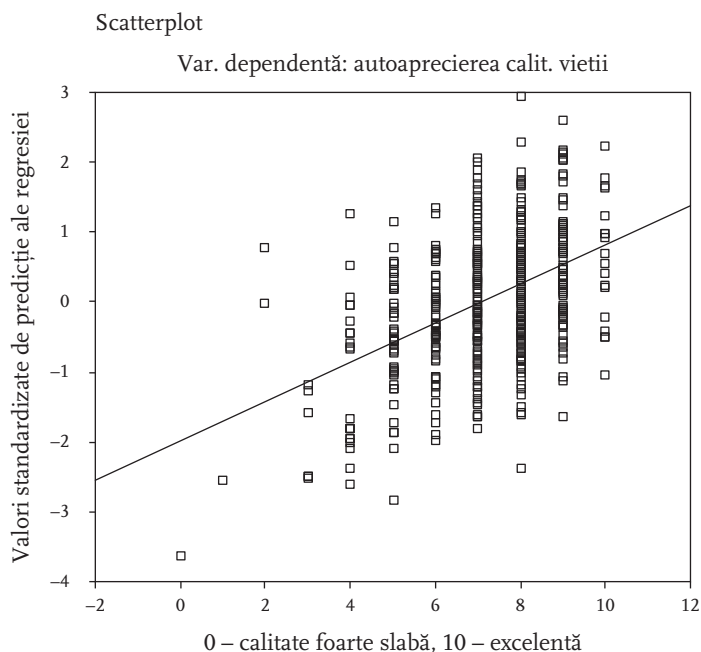


Figura 5.1. Reprezentarea grafică a modelului regresiei multiple stepwise al aprecierii calității vieții în funcție de factorii de personalitate analizați (aprecierea de sine globală, reprimarea scăzută a agresivității și nivelul scăzut al copingului centrat pe emoții)

Însumând rezultatele, analizele noastre susțin că dintre **factorii protectivi ai comportamentului de sănătate** nivelul ridicat al **autoaprecierii sănătății** prezintă corelații semnificativ negative cu autoaprecierea globală, cu modalitățile de coping, cu acceptarea confruntării, cu îndepărtarea amenințării și cu corelația semnificativ pozitivă, cu agresivitatea orientată spre propria persoană. **Autoaprecierea calității vieții** dovedește corelații semnificative cu autoaprecierea globală, dintre modalitățile de coping cu rezolvarea de probleme și cu acceptarea confruntării, și în mod negativ, cu reevaluarea pozitivă, cu îndepărtarea amenințării și cu agresivitatea orientată spre interior. **Satisfacția față de propria constituție fizică** se corelează negativ cu autoaprecierea globală, iar **controlul greutateii corporale** se raportează în mod negativ cu autoaprecierea

globală și cu modalitățile de coping, cu stăpânirea de sine și cu căutarea suportului social, respectiv cu nivelul de exprimare a agresivității spre exterior.

Majoritatea **factorilor de risc** au dovedit corelații semnificativ pozitive cu modalitățile emoționale și cu căutarea suportului social în procesul de coping, cu modalitățile externe de expresie a agresivității și cu nivelul general de exprimare a acesteia.

Modelele de regresie au dovedit că autoaprecierea calității vieții este determinată de *autoaprecierea globală ridicată*, de *reprimarea scăzută a agresivității*, de alegerea unei *modalități de coping centrate pe problemă* și de evitarea alegerii unei *modalități de coping centrate pe emoții*.

În secțiunile următoare vom trata diferențiat componentele de personalitate descrise și asocierile acestora cu comportamentele protective și de risc pentru sănătate.

5.2.1. Rolul aprecierii de sine în adoptarea și menținerea comportamentelor de sănătate

Ne-a interesat în mod deosebit rolul predictiv jucat de factorii pozitivi ai comportamentului de sănătate asupra nivelului de apreciere a sinelui. Folosind regresia multiplă stepwise, am introdus mai întâi *autoaprecierea calității vieții* (modelul I) care a explicat 15,3 % din varianța autoaprecierii globale ($F = 80,46$, $p = 0,000$), apoi *autoaprecierea sănătății* (modelul II), *ponderea exercițiilor fizice* (modelul III), *controlul greutateii corpului* (modelul IV) și *autoaprecierea constituției fizice* (modelul V). Cei cinci factori protectivi ai sănătății explică, împreună 24,2 % din varianța autoaprecierii globale. Autoaprecierea globală ridicată (RSES) este astfel semnificativ determinată de o *autoapreciere ale calității vieții ridicate*, de o *autoapreciere pozitivă a sănătății*, de *frecvența ridicată de exerciții fizice*, de preocupările de *control asupra greutateii corpului* și de *autoaprecieri pozitive asupra constituției fizice*. Datele statistice sunt cuprinse în tabelul următor.

Tabelul 5.9. Regresia multiplă stepwise a predictorilor autoaprecierii globale (sunt incluși doar predictorii semnificativi)

Variabila	R multiplu	B	Eroarea standard	Beta	t	Semnificația valorii t
Autoaprecierea calității vieții	0,391a	0,976	0,142	0,306	6,880	0,000
Autoaprecierea sănătății	0,439b	-1,168	0,341	-0,157	-3,426	0,001
Ponderea exercițiilor fizice	0,468c	-0,571	0,152	-0,161	-3,768	0,000
Controlul greutateii corpului	0,484d	-0,377	0,161	-0,102	-2,344	0,020
Autoaprecierea constituției fizice	0,492e	-0,637	0,301	-0,092	-2,120	0,035

a. Predictor: (Constant), Autoaprecierea calității vieții

b. Predictor: (Constant), Autoaprecierea calității vieții, Autoaprecierea sănătății

c. Predictor: (Constant), Autoaprecierea calității vieții, Autoaprecierea sănătății, Ponderea de exerciții fizice

d. Predictor: (Constant), Autoaprecierea calității vieții, Autoaprecierea sănătății, Ponderea de exerciții fizice, Controlul greutateii corpului

e. Predictor: (Constant), Autoaprecierea calității vieții, Autoaprecierea sănătății, Ponderea de exerciții fizice, Controlul greutateii corpului, Autoaprecierea constituției fizice

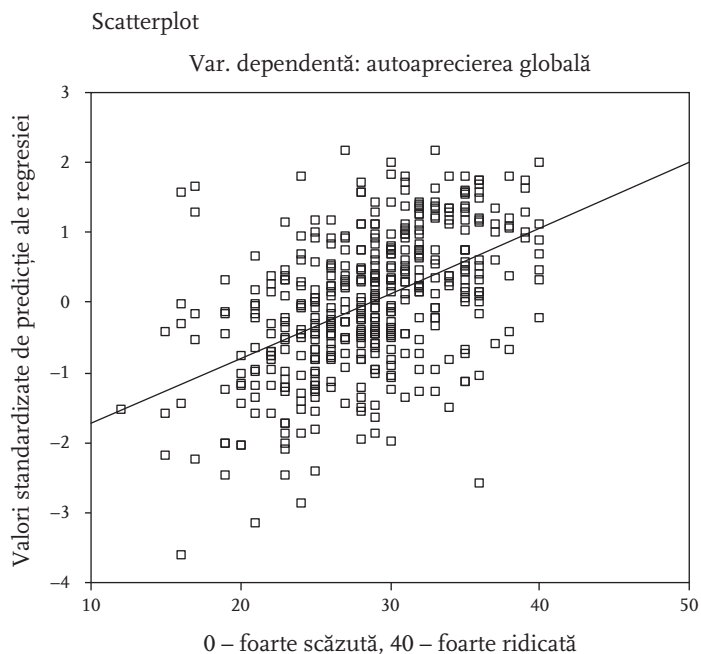


Figura 5.2. Modelul regresiei multiple stepwise al autoaprecierii globale în funcție de factorii protectivi ai sănătății

În continuare am cuprins într-o diagramă factorii comportamentului de sănătate care constituie predictorii autoaprecierii globale, conform rezultatelor analizei de regresie efectuate anterior.

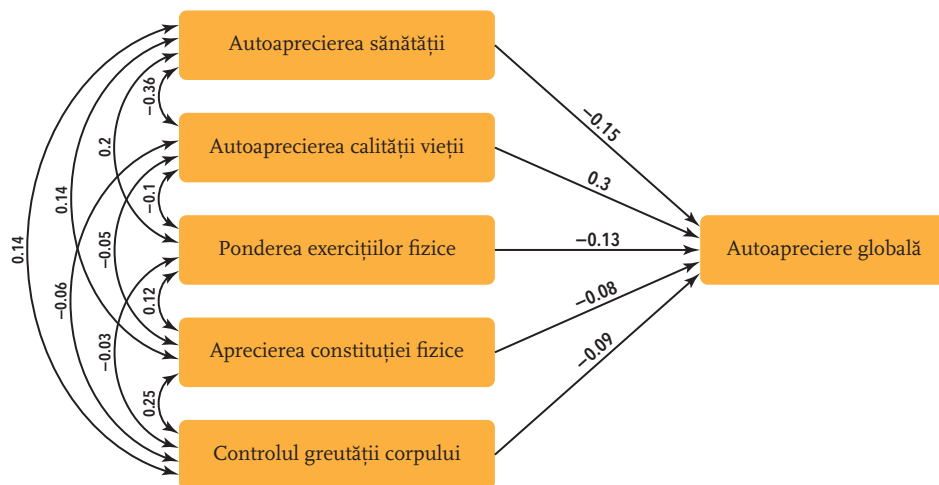


Figura 5.3. Diagrama efectului factorilor protectivi ai comportamentului de sănătate asupra autoaprecierii globale (conform modelului comportamentului planificat – Ajzen, 1991)

Conform modelului prezentat, factorii protectivi ai comportamentului de sănătate (autoaprecierea sănătății, autoaprecierea calității vieții, ponderea exercițiilor fizice, autoaprecierea constituției fizice și controlul greutateii corpului) constituie căi semnificative spre autoaprecierea globală a adolescenților chestionați.

Căile reprezentate sunt semnificative (χ^2 pătrat = 61,523, $df = 10$, $p = 0,001$), iar modelul are următoarele caracteristici: CFI (*comparative fit index*) = 0,631, RMSEA (*root mean square error of approximation*) = 0,107, intervalul de confidență la 90% = 0,083 – 0,134.

Modelul ilustrează efectele directe semnificative ale autoaprecierii sănătății, a calității vieții, a autoaprecierii constituției fizice proprii, a activităților centrate pe controlul greutateii corpului și cantității exercițiilor fizice asupra imaginii de sine globale.

Datele obținute de noi susțin, alături de alte studii, că angajarea în diferitele activități fizice contribuie la întărirea rezultatelor pozitive legate de sănătate, incluzând autoaprecierea și performanțele școlare ridicate. Totodată ele se asociază în mod strâns cu participarea scăzută a adolescenților la o serie de comportamente de risc. (Nelson și Gordon-Larsen, 2006).

O posibilă explicație a schimbărilor cu privire la autoapreciere constă în faptul că în adolescență procesul de formare a conștiinței de autonomie a sinelui trece printr-o echilibrare progresivă. Scade progresiv tendința de opoziție și frecvența conflictelor, realizându-se astfel o echilibrare a structurii personalității, ea devenind din ce în ce mai integrată (Arnett 2000, Moneta, Schneider și Csikszentmihalyi, 2001).

Rezultatele noastre susțin, în conformitate cu alte studii, că autoaprecierea pozitivă constituie un element fundamental al sănătății mentale. De asemenea, contribuie la o stare de sănătate mai bună, prin funcția de atenuare a influențelor negative. În mod contrar, nivelul scăzut al autoaprecierii poate juca un rol critic în dezvoltarea numeroaselor probleme de internalizare (cum sunt simptomele depresive, anxietatea) și de externalizare (cum sunt agresivitatea, consumul de alcool și de substanțe) (Mann și col., 2004).

Studiile care s-au centrat pe analiza diferențelor de sex subliniază că fetele care au fost mai puțin mulțumite cu imaginea propriului corp au dat dovadă de o autoapreciere mai scăzută (Currie și Williams, 2000). Adolescenții care prezintă, în general, tendințe negative ale aprecierii de sine, datorită anticipărilor legate de eșec, prezintă predominant emoții negative (simptome depresive, anxietate, furie). Alte cercetări susțin că aprecierea de sine arată corelații pozitive cu anxietatea și agresivitatea, iar elevii mai agresivi au dat dovadă de o autoapreciere mai scăzută (Alsaker și Olweus, 1986).

În schimb, autoaprecierea ridicată este asociată cu așteptări legate de succes, cu un optimism privitor la performanțele viitoare, cu lupta pentru atingerea scopurilor și cu persistența în depășirea obstacolelor. Adoptarea restrânsă a comportamentelor de risc și o stare generală de sănătate mai bună constituie atât predictorii ai sănătății, cât și ai unei autoaprecierii ridicate, la copii și la adolescenți (Erol și Orth, 2011).

De asemenea, studiile au analizat implicațiile aspectelor relaționale din viața adolescenților, legate de capacitatea lor de identificare cu emoțiile altora și de manifestare a empatiei. Autorii susțin că nivelul ridicat al identificării emoționale se asociază cu o imagine de sine puternic conectată la persoanele din jur (Aneshensel și Phelan, 1999).

Ipoteza 2.1. se confirmă parțial, deoarece aprecierea de sine prezintă asocieri semnificative în special cu factorii protectivi ai sănătății, fiind determinantul principal al calității vieții.

5.2.2. Diferențe în modalitatea de coping adoptată și comportamentul de sănătate

Conform studiilor din domeniul copingului, adolescenții recurg la modalități variate de a face față unor situații stresante sau problematice din viața lor. Modalitatea de coping adoptată va fi determinată de nivelul în care un anumit demers a condus în trecut la rezolvarea eficientă a acestora (*Langens și Mörth, 2003*).

Cercetările noastre anterioare susțin că există doar diferențe minore în coping-ul legat de sexul adolescenților. Diferențe semnificative am obținut doar în ceea ce privește utilizarea analizării problemei și a evitării, acestea fiind semnificativ mai ridicate în cazul fetelor. La nivelul stilului de coping în ansamblu, fetele și băieții se caracterizează mai mult prin similarități decât prin diferențe. Diferențe între sexe s-au manifestat în mod predominant în ceea ce privește căutarea suportului social, care este semnificativ mai ridicată la fete. De asemenea, fetele utilizează mai mult îndepărtarea amenințării și retragerea, în timp ce băieții folosesc mai mult minimalizarea problemelor (*Csibi, Csibi și Grezsa, 2010*).

Analizând întregul eșantion privitor la diferențele de modalități de coping în funcție de sex am obținut rezultatele cuprinse în tabelul următor.

Tabelul 5.10. Modalități de coping utilizate în funcție de sexul adolescenților
(testul *t* pentru eșantioane independente)

Modalități de coping	Sex	Medii	Deviația standard	<i>t</i>	<i>p</i>
I. Coping centrat pe problemă*	Băieți	19,21	4,55	0.60	0.551
	Fete	18,95	4,72		
Analiza problemei/căutarea de informații	Băieți	5,99	1,56	-1.55	0.123
	Fete	6,24	1,75		
Spirit combativ/acceptarea confruntării	Băieți	6,70	2,48	2.27	0.024
	Fete	6,17	2,45		
Reevaluare pozitivă	Băieți	6,52	1,94	-0.127	0.898
	Fete	6,54	2,10		
II. Coping centrat pe emoții**	Băieți	12,25	3,78	-2.39	0.017
	Fete	13,10	3,69		
Stăpânire de sine	Băieți	3,99	2,32	-0.56	0.576
	Fete	4,11	2,31		
Îndepărtarea/minimalizarea amenințării	Băieți	3,32	1,41	-1.08	0.278
	Fete	3,47	1,44		
Fuga de evitare	Băieți	4,93	1,85	-3.36	0.001
	Fete	5,52	1,79		

Modalități de coping	Sex	Medii	Deviația standard	<i>t</i>	<i>p</i>
III. Căutarea unui suport social	Băieți	3,75	1,32	-1.49	0.137
	Fete	3,94	1,31		
Total subiecți		N = 447 (191 băieți și 256 fete)			

* rezultat din îmbinarea factorilor: analiza problemei, spirit combativ și reevaluare pozitivă

** rezultat din îmbinarea factorilor: stăpânire de sine, îndepărtarea amenințării și fuga de evitare

Datele dovedesc adoptarea semnificativ mai ridicată a acceptării confruntării la băieți ($M_b = 6,70$ $M_f = 6,17$, $t = 2.27$, $p = 0.02$), iar modalitățile centrate pe emoții ($M_b = 12,25$, $M_f = 13,10$; $t = -2.39$, $p = 0.01$) și evitarea sunt semnificativ mai predominante în cazul fetelor ($M_b = 4,93$, $M_f = 5,52$; $t = -3.36$, $p = 0.001$), care s-au găsit în eșantionul nostru.

Diferențele de sex cu privire la coping sunt dovedite de numeroase cercetări din domeniu, evidențiate în capitolele anterioare. Explicațiile oferite de acestea și interpretarea noastră se bazează pe diferențele înrădăcinate în procesul de socializare.

Astfel, putem observa la băieți tendințe spre asimilarea modelelor comportamentale caracterizate prin analizarea, raționalizarea problemelor și obstacolelor ivite și preferințele lor față de acceptarea confruntării în diferitele situații problematice. În schimb, fetele pot fi caracterizate prin dominanța abilităților emoționale mai dezvoltate și, în consecință, prin utilizarea modalităților de coping centrate predominant pe emoții. Deși diferențele obținute sunt semnificative, atât băieții, cât și fetele pot adopta modalități de coping centrate pe problemă, pe emoții sau pe căutarea suportului social. Aceste alegeri vor fi determinate mult mai pregnant de alte resurse psihosociale (experiențele personale anterioare, suportul familiei, alte componente ale personalității, aprecierea propriei persoane, procesele de învățare și de dezvoltare, etc.).

Însă, rezultatele cercetărilor dovedesc că sexul adolescenților constituie un factor mediator consistent al modalității de coping adoptate. Autorii subliniază legăturile strânse între copingul de evitare și adoptarea comportamentelor de risc, cum sunt consumul de droguri, fumatul sau manifestările delincvente (*Gelhaar, Seiffge-Krenke, Borge, Cicognani, Cunha și Loncaric, 2007*).

Lipsa acordului dintre resursele proprii și solicitările problemei sau a unei situații dificile poate conduce la starea de frustrare a adolescentului, ceea ce în unele cazuri va determina adoptarea unor comportamente de risc. *Hurrelmann și Richter (2005)* tratează pe larg problema eficienței modalităților de coping, autorii diferențiind între coping inadecvat externalizat, internalizat și evitativ.

Fiecare modalitate inadecvată se poate manifesta în comportamente cu risc pentru sănătate, precum sunt consumul de alcool sau de droguri ilicite, fumatul excesiv, sau în creșterea nivelului de anxietate sau depresie. De asemenea, evitarea excesivă a problemelor sau a obstacolelor poate conduce la agravarea deficiențelor legate atât de starea de sănătate, cât și de percepția calității vieții proprii.

Utilizând metoda analizei de varianță (ANOVA), am obținut diferențe semnificative între stilurile de coping (centrat pe problemă și pe emoții) în funcție de factorii

protectivi ai sănătății. Tabelul 5.11 cuprinde datele vizând relația între *copingul centrat pe problemă* și *factorii protectivi* ai sănătății.

Tabelul 5.11. Factorii protectivi ai comportamentului de sănătate în funcție de modalitățile de coping – *centrate pe problemă* – adoptate de către elevi (One-way ANOVA)

Variabila	Dispersia	Suma pătratelor	df	Media pătratică	F	p
Autoaprecierea sănătății	Intergrup	17,22	27	0,64	1,29	0,154
	Intragrup	207,19	419	0,49		
	Total	224,42	446			
Autoaprecierea calității vieții	Intergrup	109,37	27	4,05	1,52	0,048
	Intragrup	1116,69	419	2,67		
	Total	1226,06	446			
Autoapreciere globală	Intergrup	1247,36	27	46,20	1,72	0,015
	Intragrup	11228,39	419	26,80		
	Total	12475,75	446			
Regularitatea exercițiilor fizice	Intergrup	143,98	27	5,33	1,33	0,129
	Intragrup	1683,58	419	4,02		
	Total	1827,56	446			
Ponderea exercițiilor fizice	Intergrup	60,55	27	2,24	1,01	0,455
	Intragrup	931,72	419	2,22		
	Total	992,27	446			
Autoaprecierea constituției fizice	Intergrup	15,85	27	0,59	1,00	0,463
	Intragrup	245,25	419	0,59		
	Total	261,10	446			
Controlul greutateii corpului	Intergrup	50,56	27	1,87	0,92	0,590
	Intragrup	857,27	419	2,05		
	Total	907,83	446			

Diferențe semnificative putem observa în privința *aprecierii calității vieții* și a *autoaprecierii globale* în funcție de modalitățile de coping centrate pe problemă.

Funcționarea optimă a componentelor cognitive în procesul de rezolvare a problemelor va asigura succesul adaptării, prin identificarea corectă a elementelor unei probleme și a soluțiilor acestora. La rândul ei, percepția eficienței proprii în depășirea obstacolelor și în soluționarea problemelor vor determina în mod semnificativ aprecierea pozitivă a calității vieții și a imaginii de sine globale.

Nivelul ridicat al implicării în rezolvarea problemelor și copingul centrat pe problemă (de exemplu, analizarea problemei și stabilirea unor scopuri) s-au dovedit a fi strâns legate de o mai bună adaptare în perioada copilăriei și a adolescenței, în timp ce utilizarea predominantă a evitării este strâns legată de eficiența scăzută în adaptare. Alte studii arată că copingul activ s-a dovedit a avea un rol mediator în atenuarea

efectelor impulsivității și a problemelor de internalizare, precum acuzele somatice, anxietatea sau retragerea socială (*Compas, Connor-Smith și Jaser, 2004*).

Tabelul următor cuprinde datele variațiilor *copingului centrat pe emoții* și asocierea lor cu *factorii protectivi ai sănătății*.

Tabelul 5.12. Factorii protectivi ai comportamentului de sănătate în funcție de modalitățile de coping – centrate pe emoții – adoptate de către elevi (One-way ANOVA)

Variabila	Dispersia	Suma pătratelor	df	Media pătratică	F	p
Autoaprecierea sănătății	Intergrup	15,87	21	0,76	1,54	0,060
	Intragrup	208,54	425	0,49		
	Total	224,42	446			
Autoaprecierea calității vieții	Intergrup	80,11	21	3,81	1,41	0,106
	Intragrup	1145,95	425	2,70		
	Total	1226,06	446			
Autoapreciere globală	Intergrup	1081,53	21	51,50	1,92	0,009
	Intragrup	11394,21	425	26,81		
	Total	12475,75	446			
Regularitatea exercițiilor fizice	Intergrup	135,89	21	6,47	1,63	0,040
	Intragrup	1691,67	425	3,98		
	Total	1827,56	446			
Ponderea exercițiilor fizice	Intergrup	65,71	21	3,13	1,44	0,097
	Intragrup	926,56	425	2,18		
	Total	992,27	446			
Autoaprecierea constituției fizice	Intergrup	10,35	21	0,49	0,84	0,676
	Intragrup	250,75	425	0,59		
	Total	261,10	446			
Controlul greutateii corpului	Intergrup	50,74	21	2,42	1,20	0,248
	Intragrup	857,09	425	2,02		
	Total	907,83	446			

Există deci diferențe semnificative în *autoaprecierea globală* și în *regularitatea activităților fizice* în funcție de modalitățile de coping centrate pe emoții.

Studiile longitudinale au ajuns la concluzia că nivelul ridicat al abilităților de coping se asociază cu prezența scăzută a consumului de substanțe ilicite, a problemelor legate de școală și a altor dificultăți de natură psihologică (*Shek, 1998*). Totodată, contextul familial negativ este strâns legat de nivelurile mai scăzute ale resurselor de coping și, în consecință, de nivelul ridicat al problemelor școlare și de recurgere la comportamente de risc. Aceste rezultate sugerează deci că strategiile de coping pot avea un efect mediator, în sens pozitiv, asupra consumului de substanțe nocive.

De asemenea, am obținut diferențe semnificative în ceea ce privește asocierile dintre *modalitățile de coping* și *factorii de risc* ai sănătății.

Tabelul următor conține rezultatele analizelor statistice cu privire la *copingul centrat pe problemă și factorii de risc ai sănătății*. Copingul centrat pe problemă prezintă asocieri semnificative dintre factorii de risc ai sănătății doar cu *cantitatea consumului de alcool*.

Tabelul 5.13. Factorii de risc ai comportamentului de sănătate în funcție de modalitățile de coping – *centrate pe problemă* – adoptate de către elevi (One-way ANOVA)

Variabila	Dispersia	Suma pătratelor	df	Media pătratică	F	p
Frecvența fumatului	Intergrup	34,99	27	1,30	0,89	0,628
	Intragrup	610,56	419	1,46		
	Total	645,55	446			
Cantitatea de alcool consumat	Intergrup	84,01	27	3,11	1,59	0,033
	Intragrup	822,46	419	1,96		
	Total	906,47	446			
Frecvența consumului de alcool (bere)	Intergrup	43,75	27	1,62	1,25	0,185
	Intragrup	544,14	419	1,30		
	Total	587,90	446			
Frecvența consumului de alcool (vin)	Intergrup	30,47	27	1,13	1,28	0,164
	Intragrup	370,62	419	0,88		
	Total	401,09	446			
Frecvența consumului de alcool (spirtoase)	Intergrup	24,32	27	0,90	0,92	0,584
	Intragrup	410,39	419	0,98		
	Total	434,71	446			
Prevalența cons. de droguri ilicite (pe parcursul vieții)	Intergrup	24,56	27	0,91	0,99	0,477
	Intragrup	383,71	419	0,92		
	Total	408,27	446			
Frecvența consumului de droguri ilicite (medicamente)	Intergrup	4,60	27	0,17	1,02	0,444
	Intragrup	70,26	419	0,17		
	Total	74,86	446			
Frecvența cons. de droguri ilicite (med. cu alcool)	Intergrup	5,19	27	0,19	0,74	0,829
	Intragrup	109,21	419	0,26		
	Total	114,40	446			
Frecvența cons. de droguri ilicite (etnobotanice)	Intergrup	13,35	27	0,49	0,86	0,674
	Intragrup	241,58	419	0,58		
	Total	254,93	446			

Redăm în cele ce urmează datele referitoare la *copingul centrat pe emoții și factorii de risc* ai comportamentului de sănătate. Modalitățile copingului centrat pe emoții prezintă asocieri semnificative cu frecvența fumatului și cu frecvența consumului de droguri (variabila medicamente și alcool).

Tabelul 5.14. Factorii de risc ai comportamentului de sănătate în funcție de modalitățile de coping – *centrate pe emoții* – adoptate de către elevi (One-way ANOVA)

Variabila	Dispersia	Suma pătratelor	df	Media pătratică	F	p
Frecvența fumatului	Intergrup	47,05	21	2,24	1,59	0,048
	Intragrup	598,50	425	1,41		
	Total	645,55	446			
Cantitatea de alcool consumat	Intergrup	52,15	21	2,48	1,24	0,217
	Intragrup	854,33	425	2,01		
	Total	906,47	446			
Frecvența consumului de alcool (bere)	Intergrup	17,76	21	0,85	0,63	0,897
	Intragrup	570,14	425	1,34		
	Total	587,90	446			
Frecvența consumului de alcool (vin)	Intergrup	19,95	21	0,95	1,06	0,390
	Intragrup	381,14	425	0,90		
	Total	401,09	446			
Frecvența consumului de alcool (spirtoase)	Intergrup	20,55	21	0,98	1,00	0,457
	Intragrup	414,16	425	0,97		
	Total	434,71	446			
Prevalența cons. de droguri ilicite (pe parcursul vieții)	Intergrup	18,34	21	0,87	0,95	0,524
	Intragrup	389,93	425	0,92		
	Total	408,27	446			
Frecvența consumului de droguri ilicite (medicamente)	Intergrup	2,65	21	0,13	0,74	0,789
	Intragrup	72,21	425	0,17		
	Total	74,86	446			
Frecvența cons. de droguri ilicite (med. cu alcool)	Intergrup	11,47	21	0,55	2,25	0,001
	Intragrup	102,94	425	0,24		
	Total	114,40	446			
Frecvența cons. de droguri ilicite (etnobotanice)	Intergrup	15,68	21	0,75	1,33	0,153
	Intragrup	239,25	425	0,56		
	Total	254,93	446			

Rezultatele studiilor evidențiază diferențe în adoptarea modalităților de coping și în funcție de sursa de proveniență a stresului. Astfel s-a observat că se adoptă evitarea în special când ei s-au confruntat cu divorțul părinților sau cu idei suicidare. Modalitățile active ale copingului sunt utilizate cu succes de către adolescenți în situațiile asupra cărora ei ar putea avea o oarecare influență, precum ar fi, de exemplu, obținerea de note mai bune la școală. Totuși, studiile au dovedit că confruntarea cu conflicte parentale conduce la adaptarea mai slabă a adolescenților, atunci când ei utilizează modalități de coping centrate pe problemă (*Seiffge-Krenke și col., 2010*).

În explicarea rezultatelor obținute, studiile susțin, în cazul adolescenților, că există corelații semnificative între adoptarea stilului de coping și reprimarea emoțiilor (Langens și Mörth, 2003). Totodată, modalitatea de exprimare a furiei și a ostilității dovedește legături strânse cu evitarea căutării suportului social în procesul de coping. De asemenea, rezultatele studiilor subliniază că abilitatea exprimării și a reglării emoționale poate afecta comportamentul adecvat al adolescenților în mod indirect, prin procesele de afiliere la colegii și la adulții din jur. O altă posibilă explicație a acestor rezultate constă în faptul că strategiile de coping, în cazul adolescenților agresivi, se bazează deseori pe cogniții distorsionate, pe o afectivitate negativă și, în general, pe neîncrederea față de ceilalți (Ogden, 2007).

În consecință, o bună conștientizare emoțională, abilitatea de empatie și exprimările emoționale pozitive vor favoriza comportamentul social adecvat al adolescenților (Lable, 2007).

Prin totalizare, rezultatele noastre dovedesc existența de relații semnificative dintre modalitățile de coping centrate pe problemă și factorii protectivi ai sănătății, așa cum sunt aprecierea calității vieții și cea a autoaprecierii globale. Dintre factorii de risc ai sănătății copingul centrat pe problemă prezintă asocieri semnificative la eșanșionul de adolescenți chestionați de către noi cu cantitatea de alcool consumată. În ceea ce privește copingul centrat pe emoții, acesta prezintă asocieri semnificative cu autoaprecierea globală și cu regularitatea activităților fizice, iar dintre factorii de risc, cu frecvența fumatului și cu frecvența consumului de droguri (variabila medicamente și alcool).

Datele tabelului corelațional (vezi datele din anexa 4) evidențiază că dintre factorii de risc pentru sănătate cei mai mulți prezintă asocieri cu modalitățile de reevaluare pozitivă, cu minimalizarea sau îndepărtarea amenințării (modalități de coping centrate pe emoții) și cu căutarea suportului social în procesul de coping. Factorii protectivi ai sănătății prezintă corelații semnificative atât cu modalitățile copingului centrat pe problemă (rezolvarea problemei – autoapreciere sănătății și a calității vieții; acceptarea confruntării – autoaprecierea sănătății, a calității vieții, regularitatea și ponderea exercițiilor fizice; reevaluarea pozitivă – autoaprecierea calității vieții, ponderea exercițiilor fizice). În ceea ce privește factorii protectivi ai sănătății și modalitățile de coping centrate pe emoții, am obținut de asemenea asocieri semnificative (stăpânirea de sine – controlul greutateii corpului, îndepărtarea amenințării – autoaprecierea calității vieții și a sănătății proprii, fuga de evitare – ponderea exercițiilor fizice).

Totodată, între factorii protectivi ai sănătății, căutarea suportului social în procesul de coping este prezentă în controlul greutateii corporale, iar dintre factorii de risc se asociază semnificativ cu cantitatea și frecvența consumului de alcool și prevalența consumului de droguri.

Ipoteza 2.2. se confirmă deci prin rezultatele amintite.

5.2.3. Efectele nivelului și orientării agresivității asupra comportamentelor de risc

Rezultatele noastre evidențiază *diferențele de sex* în ceea ce privește nivelul de exprimare a agresivității. Analizele statistice (testul t) dovedesc diferențe semnificative între cele două grupuri. În cazul fetelor, agresivitatea exprimată spre interior este semnificativ mai ridicată ($t = -2.51$, $p = 0.01$) decât la băieți ($M_{băieți} = 18.19$, $M_{fete} = 19.25$).

Aceste diferențe pot fi explicate prin procesele de întărire comportamentală cultural determinate. Rezultatele studiilor susțin că manifestarea externă a agresivității poate fi considerată normativă în cazul băieților, dar nenormativă în cazul fetelor (Stormshak și col. 1999). De asemenea, o posibilă cale de explicare ar urma variațiile anumitor componente ale personalității adolescenților, precum ar fi diferențele în abilitatea lor de a-și exprima emoțiile sau de a manifesta empatie față de cei din jur.

Alte studii susțin că în cazul fetelor sunt mai caracteristice formele indirecte ale exprimării agresivității, cum ar fi bârfa, răspândirea de zvonuri negative sau excluderea altora. Pe de altă parte, formele evidente de agresivitate sunt observate mai frecvent, în cazul băieților, fiind afectate în principal de necesitatea înrădăcinată în personalitatea lor de a-și manifesta forța și pentru a-și exprima dominarea sau autoritatea (Hess și Hagen, 2006). Cercetările subliniază determinarea puternică a agresivității și a interpretărilor legate de aceasta de către modelele culturale specifice sexului (Bjorkqvist și Fry, 1997).

În cele ce urmează am analizat relațiile dintre factori protectivi și de risc ai sănătății și exprimarea agresivității subiecților.

Datele obținute susțin că **factorii protectivi** ai sănătății (cum sunt *autoaprecierea sănătății, autoaprecierea calității vieții și regularitatea exercițiilor fizice*) prezintă corelații semnificativ negative cu nivelul ridicat al agresivității reprimăte (vezi datele din anexa 4).

Altfel spus, cu cât adolescenții au un nivel mai ridicat de agresivitate orientată spre interior, cu atât își evaluează mai negativ starea de sănătate, calitatea vieții și efectuează mai puțin consecvent exerciții fizice. **Factorii cu risc** pentru sănătate se află în corelație semnificativă cu nivelul total de agresivitate, respectiv cu agresivitatea exprimată (vezi anexa 5). De exemplu, toți indicatorii analizați ai consumului de substanțe nocive (*prevalența consumului de droguri, frecvența consumului de medicamente, de medicamente asociat cu alcool și consumul de etnobotanice*) se află în corelație pozitivă semnificativă cu factorul agresivității exprimate (orientată spre exterior). Aceste rezultate ne pot conduce spre explicația conform căreia consumul de substanțe ilicite poate constitui o modalitate de eliberare a tensiunilor psihice acumulate din diverse surse în perioada adolescenței.

Cercetătorii au încercat să analizeze dacă există echilibru în prezența factorilor de risc și a celor protectivi și cum influențează ei comportamentul ofensiv al adolescenților. Rezultatele lor dovedesc că expunerea la factori de risc din domenii diferite și absența relativă a factorilor protectivi contribuie la creșterea dramatică mai târziu a comportamentului ofensiv. Există însă dovezi că efectul riscurilor și al factorilor protectivi poate suferi schimbări pe parcursul dezvoltării. Astfel, înaintând în vârstă spre adolescență, copiii vor fi expuși unor factori de risc noi, dar în aceeași măsură vor beneficia de factori protectivi noi (Stouthamer-Loeber, Loeber, Wei, Fanington, și Wikstroem, 2002).

Redăm în cele ce urmează asocierile dintre factorii protectivi și cei de risc ai sănătății cu nivelul de exprimare a agresivității. Rezultatele obținute de noi susțin relații semnificative între autoaprecierea calității vieții (factor protectiv), cantitatea de alcool consumat (factor de risc), prevalența, respectiv consumul de droguri (medicamente, medicamente cu alcool și etnobotanice – factori de risc) și nivelul general ridicat de exprimare a agresivității.

Tabelul 5.15. Factorii protectivi ai comportamentului de sănătate în funcție de nivelul total al agresivității (A/Ex.) adolescenților (One-way ANOVA)

Variabila	Dispersia	Suma pătratelor	df	Media pătratică	F	p
Autoaprecierea sănătății	Intergrup	17,53	41	0,43	0,84	0,753
	Intragrup	206,89	405	0,51		
	Total	224,42	446			
Autoaprecierea calității vieții	Intergrup	164,83	41	4,02	1,53	0,022
	Intragrup	1061,22	405	2,62		
	Total	1226,06	446			
Autoapreciere globală	Intergrup	1273,86	41	31,07	1,12	0,284
	Intragrup	11201,89	405	27,66		
	Total	12475,75	446			
Regularitatea exercițiilor fizice	Intergrup	183,98	41	4,49	1,11	0,308
	Intragrup	1643,58	405	4,06		
	Total	1827,56	446			
Ponderea exercițiilor fizice	Intergrup	99,28	41	2,42	1,10	0,319
	Intragrup	892,99	405	2,20		
	Total	992,27	446			
Autoaprecierea constituției fizice	Intergrup	24,78	41	0,60	1,04	0,414
	Intragrup	236,32	405	0,58		
	Total	261,10	446			
Controlul greutateii corpului	Intergrup	92,92	41	2,27	1,13	0,280
	Intragrup	814,91	405	2,01		
	Total	907,83	446			

Tabelul 5.16. Factorii de risc ai comportamentului de sănătate în funcție de nivelul total de exprimare a agresivității (A/Ex.) adolescenților (One-way ANOVA)

Variabila	Dispersia	Suma pătratelor	df	Media pătratică	F	p
Frecvența fumatului	Intergrup	73,69	41	1,80	1,27	0,128
	Intragrup	571,86	405	1,41		
	Total	645,55	446			
Cantitatea de alcool consumat	Intergrup	144,95	41	3,54	1,88	0,001
	Intragrup	761,52	405	1,88		
	Total	906,47	446			
Frecvența consumului de alcool (bere)	Intergrup	47,91	41	1,17	0,88	0,690
	Intragrup	539,99	405	1,33		
	Total	587,90	446			

Variabila	Dispersia	Suma pătratelor	df	Media pătratică	F	p
Frecvența consumului de alcool (vin)	Intergrup	25,56	41	0,62	0,67	0,940
	Intragrup	375,52	405	0,93		
	Total	401,09	446			
Frecvența consumului de alcool (spirtoase)	Intergrup	50,40	41	1,23	1,30	0,112
	Intragrup	384,31	405	0,95		
	Total	434,71	446			
Prevalența cons. de droguri ilicite (pe parcursul vieții)	Intergrup	59,28	41	1,45	1,68	0,007
	Intragrup	348,99	405	0,86		
	Total	408,27	446			
Frecvența consumului de droguri ilicite (medicamente)	Intergrup	24,00	41	0,59	4,66	0,000
	Intragrup	50,86	405	0,13		
	Total	74,86	446			
Frecvența cons. de droguri ilicite (med. cu alcool)	Intergrup	22,19	41	0,54	2,38	0,000
	Intragrup	92,21	405	0,23		
	Total	114,40	446			
Frecvența cons. de droguri ilicite (etnobotanice)	Intergrup	43,45	41	1,06	2,03	0,000
	Intragrup	211,49	405	0,52		
	Total	254,93	446			

Rezultatele din tabelul de mai sus pot fi explicate prin interacțiunea complexă a mecanismelor psihologice implicate în procesul de exprimare a emoțiilor. La adolescenți, acestea pot prezenta diferențe în funcție de experiențele lor anterioare, de educația primită din partea părinților și de gradul de stabilitate a personalității. Astfel, nivelul general de agresivitate exprimată dovedește asocieri semnificative atât cu factorii protectivi cât și cei de risc ai sănătății.

De asemenea, reprimarea predominantă a agresivității va conduce la manifestarea comportamentelor cu risc pentru sănătate, în timp ce exprimarea agresivității spre alte persoane din jur va contribui la echilibrul psihic al adolescentului. Eficiența în utilizarea competențelor sociale (însușite prin modelele parentale, prin educație sau prin dezvoltarea relațiilor afective armonioase) va determina în mod direct interacțiunea dintre exprimarea agresivității și adoptarea comportamentelor legate de sănătate.

Nivelul ridicat al orientării agresivității spre propria persoană prezintă relații strânse cu autoaprecierea calității vieții, aprecierea globală de sine, ponderea exercițiilor fizice (factori protectivi), respectiv cu frecvența consumului de droguri (medicamente cu alcool și etnobotanice – factori de risc).

Tabelul 5.17. Factorii protectivi ai comportamentului de sănătate în funcție de orientarea spre interior a agresivității (A/IN) adolescenților (One-way ANOVA)

Variabila	Dispersia	Suma pătratelor	df	Media pătratică	F	p
Autoaprecierea sănătății	Intergrup	15,47	21	0,74	1,50	0,073
	Intragrup	208,95	425	0,49		
	Total	224,42	446			
Autoaprecierea calității vieții	Intergrup	191,23	21	9,11	3,74	0,000
	Intragrup	1034,83	425	2,43		
	Total	1226,06	446			
Autoapreciere globală	Intergrup	1921,79	21	91,51	3,69	0,000
	Intragrup	10553,95	425	24,83		
	Total	12475,75	446			
Regularitatea exercițiilor fizice	Intergrup	83,68	21	3,98	0,97	0,498
	Intragrup	1743,88	425	4,10		
	Total	1827,56	446			
Ponderea exercițiilor fizice	Intergrup	74,51	21	3,55	1,64	0,037
	Intragrup	917,76	425	2,16		
	Total	992,27	446			
Autoaprecierea constituției fizice	Intergrup	7,30	21	0,35	0,58	0,931
	Intragrup	253,80	425	0,60		
	Total	261,10	446			
Controlul greutateii corpului	Intergrup	44,65	21	2,13	1,05	0,405
	Intragrup	863,18	425	2,03		
	Total	907,83	446			

Tabelul 5.18. Factorii de risc ai comportamentului de sănătate în funcție de orientarea spre interior a agresivității (A/IN) adolescenților (One-way ANOVA)

Variabila	Dispersia	Suma pătratelor	df	Media pătratică	F	p
Frecvența fumatului	Intergrup	17,25	21	0,82	0,56	0,946
	Intragrup	628,30	425	1,48		
	Total	645,55	446			
Cantitatea de alcool consumat	Intergrup	47,10	21	2,24	1,11	0,335
	Intragrup	859,38	425	2,02		
	Total	906,47	446			
Frecvența consumului de alcool (bere)	Intergrup	23,52	21	1,12	0,84	0,666
	Intragrup	564,38	425	1,33		
	Total	587,90	446			

Variabila	Dispersia	Suma pătratelor	df	Media pătratică	F	p
Frecvența consumului de alcool (vin)	Intergrup	12,40	21	0,59	0,65	0,885
	Intragrup	388,69	425	0,91		
	Total	401,09	446			
Frecvența consumului de alcool (spirtoase)	Intergrup	24,24	21	1,15	1,19	0,251
	Intragrup	410,47	425	0,97		
	Total	434,71	446			
Prevalența cons. de droguri ilicite (pe parcursul vieții)	Intergrup	24,93	21	1,19	1,32	0,159
	Intragrup	383,34	425	0,90		
	Total	408,27	446			
Frecvența consumului de droguri ilicite (medicamente)	Intergrup	3,99	21	0,19	1,14	0,304
	Intragrup	70,88	425	0,17		
	Total	74,86	446			
Frecvența cons. de droguri ilicite (med. cu alcool)	Intergrup	8,75	21	0,42	1,68	0,032
	Intragrup	105,66	425	0,25		
	Total	114,40	446			
Frecvența cons. de droguri ilicite (etnobotanice)	Intergrup	19,72	21	0,94	1,70	0,028
	Intragrup	235,21	425	0,55		
	Total	254,93	446			

În general, reprimarea agresivității sau a sentimentelor aversive contribuie la apariția simptomelor depresive, a creșterii nivelului de anxietate și, în consecință, la formarea comportamentelor cu risc pentru sănătate. Starea de tensiune psihologică, prelungită în timp, poate conduce la consumul de substanțe ilicite sau de etnobotanice.

Tabelul 5.19. Factorii protectivi ai comportamentului de sănătate în funcție de orientarea spre exterior a agresivității (A/Out) adolescenților (One-way ANOVA)

Variabila	Dispersia	Suma pătratelor	df	Media pătratică	F	p
Autoaprecierea sănătății	Intergrup	10,17	23	0,44	0,87	0,635
	Intragrup	214,24	423	0,51		
	Total	224,42	446			
Autoaprecierea calității vieții	Intergrup	50,14	23	2,18	0,78	0,752
	Intragrup	1175,92	423	2,78		
	Total	1226,06	446			
Autoapreciere globală	Intergrup	780,31	23	33,93	1,23	0,216
	Intragrup	11695,44	423	27,65		
	Total	12475,75	446			

Variabila	Dispersia	Suma pătratelor	df	Media pătratică	F	p
Regularitatea exercițiilor fizice	Intergrup	93,74	23	4,08	0,99	0,471
	Intragrup	1733,82	423	4,10		
	Total	1827,56	446			
Ponderea exercițiilor fizice	Intergrup	51,96	23	2,26	1,02	0,443
	Intragrup	940,31	423	2,22		
	Total	992,27	446			
Autoaprecierea constituției fizice	Intergrup	14,24	23	0,62	1,06	0,387
	Intragrup	246,86	423	0,58		
	Total	261,10	446			
Controlul greutateii corpului	Intergrup	51,55	23	2,24	1,11	0,333
	Intragrup	856,28	423	2,02		
	Total	907,83	446			

În ceea ce privește nivelul ridicat al orientării agresivității spre exterior am obținut asocieri semnificative doar cu factorii de risc ai sănătății (frecvența fumatului, cantitatea de alcool consumată, prevalența și frecvența consumului de droguri – medicamente), nu și cu factorii protectivi ai sănătății (tabelul 5.20).

În cazul orientării agresivității spre exterior se impune slăbirea controlului social manifestat în relațiile cu ceilalți. Prin acest mecanism se pot explica asocierile predominante a agresivității orientate spre exterior cu comportamentele de risc. De asemenea, percepția scăzută a riscurilor influențează gradul de angajare al adolescenților în diferite comportamente de risc. Este larg acceptat faptul că, în general, perioada adolescenței se caracterizează prin dorința crescută de experimentare a situațiilor noi, dificile, provocatoare. Însă, ele pot conduce la stabilizarea deficitară a unor mecanisme de funcționare și de expresie a emoțiilor, caracterizate prin impulsivitate, consum excesiv de alcool, de diferite substanțe ilicite sau adoptarea unui mod de viață riscant și nesănătos.

Tabelul 5.20. Factorii de risc ai comportamentului de sănătate în funcție de orientarea spre exterior a agresivității (A/Out) adolescenților (One-way ANOVA)

Variabila	Dispersia	Suma pătratelor	df	Media pătratică	F	p
Frecvența fumatului	Intergrup	70,61	23	3,07	2,26	0,001
	Intragrup	574,93	423	1,36		
	Total	645,55	446			
Cantitatea de alcool consumat	Intergrup	112,61	23	4,90	2,61	0,000
	Intragrup	793,86	423	1,88		
	Total	906,47	446			

Variabila	Dispersia	Suma pătratelor	df	Media pătratică	F	p
Frecvența consumului de alcool (bere)	Intergrup	28,97	23	1,26	0,95	0,526
	Intragrup	558,93	423	1,32		
	Total	587,90	446			
Frecvența consumului de alcool (vin)	Intergrup	29,61	23	1,29	1,47	0,077
	Intragrup	371,47	423	0,88		
	Total	401,09	446			
Frecvența consumului de alcool (spirtoase)	Intergrup	37,73	23	1,64	1,75	0,018
	Intragrup	396,98	423	0,94		
	Total	434,71	446			
Prevalența cons. de droguri ilicite (pe parcursul vieții)	Intergrup	32,84	23	1,43	1,61	0,038
	Intragrup	375,43	423	0,89		
	Total	408,27	446			
Frecvența consumului de droguri ilicite (medicamente)	Intergrup	6,55	23	0,28	1,76	0,017
	Intragrup	68,31	423	0,16		
	Total	74,86	446			
Frecvența cons. de droguri ilicite (med. cu alcool)	Intergrup	7,51	23	0,33	1,29	0,167
	Intragrup	106,89	423	0,25		
	Total	114,40	446			
Frecvența cons. de droguri ilicite (etnobotanice)	Intergrup	15,74	23	0,68	1,21	0,230
	Intragrup	239,19	423	0,57		
	Total	254,93	446			

Studiul nostru dovedește astfel că, dintre factorii de personalitate analizați, *nivelul și modalitatea de exprimare a agresivității* prezintă relații semnificative atât cu comportamentele de risc, cât și cu cei protectivi ai sănătății. De asemenea rezultatele obținute susțin diferențe semnificative tipologice cu privire la componentele personalității analizate în funcție de sexul, modalitățile de coping și aprecierile legate de propria persoană a adolescenților.

Ipoteza 2.3. a fost, astfel, confirmată.

Însumând, analiza detaliată a asocierilor dintre elementele de personalitate și factorii protectivi, respectiv de risc ai sănătății, a permis conturarea unei imagini de ansamblu asupra interacțiunilor multiple și de impactul acestora asupra adaptării adolescenților. Astfel, nivelul ridicat al *autoaprecierii* este strâns legată de factorii protectivi ai sănătății (cum sunt nivelul ridicat al autoaprecierii calității vieții, autoaprecierea pozitivă a sănătății, ponderea ridicată a exercițiilor fizice, controlul asupra greutății corpului și autoaprecieri pozitive asupra constituției fizice proprii).

În mod interesant, autoaprecierea nu prezintă relații semnificative cu factorii de risc ai sănătății. În ceea ce privește diferențele observate în *modalitățile de coping* adoptate, în cazul băieților observăm adoptarea semnificativ mai ridicată a acceptării confruntării, iar modalitățile centrate pe emoții și evitarea apar mai ales în cazul fetelor.

Un aspect deosebit al rezultatelor noastre îl constituie datele legate de asocierile dintre modalitățile de coping (centrate pe problemă, pe emoții sau pe căutarea suportului social) și factorii protectivi și de risc ai sănătății.

Rezultatele obținute de noi evidențiază că factorii de risc se asociază în mod semnificativ cu modalitățile de coping centrate pe emoții, predominante fiind reevaluarea pozitivă și minimalizarea amenințării. În schimb, în cazul factorilor protectivi am putut observa asocierile semnificative cu majoritatea modalităților de coping, atât a celor centrate pe rezolvarea problemelor, cât și a celor centrate pe emoții. Diferențe interesante am obținut și în cazul căutării suportului social, acesta dovedind niveluri semnificativ mai scăzute în cazul adoptării comportamentelor de risc, așa cum sunt cantitatea de alcool și prevalența consumului de droguri. În cazul factorilor protectivi, suportul social a dovedit relații semnificativ pozitive în raport cu controlul greutății corporale.

Diferențe de sex semnificative există și în ceea ce privește *nivelul de exprimare a agresivității*. În cazul fetelor, agresivitatea exprimată spre interior este semnificativ mai ridicată decât la băieți. Nivelul ridicat de exprimare a agresivității spre exterior, cât și nivelul general al agresivității dovedesc asocieri semnificativ pozitive cu prevalența și frecvența consumului de droguri, iar frecvența fumatului, respectiv a consumului de alcool, prezintă corelații semnificativ negative cu factorii de risc ai sănătății. Aceste rezultate pot însemna că cei care fumează sau consumă mai mult alcool pot dovedi o expresie mai scăzută a agresivității lor față de alte persoane. Consumul de droguri însă se asociază în mod semnificativ pozitiv cu exprimarea agresivității înspre persoanele din mediul înconjurător. Fumatul și alcoolul constituie deci, în cazul adolescenților studiați, o expresie indirectă, iar consumul de droguri o expresie directă a agresivității.

Exprimarea agresivității dovedește relații semnificativ pozitive în raport cu controlul greutății corporale (posibil manifestată prin lipsa mulțumirii cu privire la propriul corp), dintre factorii protectivi ai sănătății. Orientarea internă a agresivității nu prezintă nicio asociere semnificativă cu comportamentele de risc al sănătății, în schimb prezintă asocieri semnificativ pozitive cu autoaprecierea sănătății și cu ponderea exercițiilor fizice, respectiv corelații negative cu autoaprecierea calității vieții și cu regularitatea activităților fizice (vezi datele din anexa 4 și 5).

5.3. Analiza contextului social în care se manifestă comportamentele de sănătate a adolescenților – verificarea ipotezei 3.

Capitolele teoretice ale lucrării noastre au argumentat necesitatea analizelor factorilor contextuali în adoptarea comportamentelor de sănătate și de risc, în mod special în cazul grupei de vârstă a eșantionului nostru.

Totodată, testarea ipotezelor 1 și 2 (cu privire la factorii de personalitate și diferențele legate de sex) au evidențiat determinarea socio-culturală a efectelor acestor variabile. Dinamicile legate de comportamentul de sănătate sunt integrate de teoreticienii din domeniu prin modele explicative interdisciplinare, cuprinzând factori psihologici individuali, dar, în același măsură și factori sociali și culturali. În continuare vom

recurge la analiza comportamentului de sănătate a adolescenților din eșantionul nostru, din perspectiva contextului social în care acestea se manifestă.

Pentru o transparență sporită a structurării variabilelor cuprinse în analiza ipotezei 3 am trecut în tabelul următor datele generale referitoare la modalitățile variabilelor analizate și procentul din întregul eșantion luat în considerare.

Tabel 5.21. Caracteristicile generale ale variabilelor studiate cu privire la mediul familial și grupul de vârstă al adolescenților

Variabila	Categoria	N	%
Structura familiei (locuiește împreună cu...)	Tatăl	418	93.5
	Mama	346	77.4
	Tatăl vitreg/prietenul mamei	29	6.5
	Mama vitregă/prietena tatălui	10	2.2
	Fratele/frații	274	61.3
	Fratele/frații vitregi	11	2.7
	Bunica	32	7.2
	Bunicul	73	16.3
	Locuiește la casa de copii	0	0
Nivelul de educație al tatălui	Nu a absolvit școala primară	0	0
	A absolvit școala primară	11	2.5
	A absolvit o școală profesională	156	34.9
	Are studii liceale	158	35.3
	Are studii superioare	99	22.1
	Nu știu	23	5.1
Nivelul de educație a mamei	Nu a absolvit școala primară	1	0.2
	A absolvit școala primară	16	3.6
	A absolvit o școală profesională	84	18.8
	Are studii liceale	207	46.3
	Are studii superioare	122	27.3
	Nu știu	17	3.8
Suportul afectiv din partea membrilor familiei	Din partea mamei	258	57.7
	Din partea tatălui	102	22.8
	Din partea mamei vitrege	3	0.7
	Din partea tatălui vitreg	2	0.4
	Din partea fraților	36	8.1
	Din partea surorilor	51	11.4
Suportul afectiv	Din partea celui mai bun prieten	292	65.3
Numărul prietenilor apropiați de sex masculin	Nici unul	17	3.8
	1–2 prieteni	139	31.1
	3 sau mai mulți	291	65.1

Variabila	Categoria	N	%
Numărul prietenilor apropiați de sex feminin	Nici unul	18	4,0
	1–2 prieteni	125	28
	3 sau mai mulți	304	68
Timpul petrecut împreună cu prietenii	Nu stau împreună deloc	25	5,6
	1 zi/săptămână	45	10,1
	2 zile/săptămână	95	21,3
	3 zile/săptămână	113	25,3
	4 zile/săptămână	63	14,1
	5 zile/săptămână	106	23,7

Tabel 5.22. Caracteristicile generale ale variabilelor studiate cu privire la mediul școlar al adolescenților

Atitudinea față de școală (măsura în care agreează școala)	Îmi place foarte mult	84	18,8
	Îmi place puțin	240	53,7
	Nu prea îmi place	91	20,4
	Nu-mi place deloc	32	7,2
Stresul școlar (măsura în care este perceput)	Deloc	58	13,0
	Puțin	234	52,3
	Suficient	124	27,7
	Foarte mult	31	6,9
Climatul clasei (percepția ca fiind favorabilă)	Total de acord	24	5,4
	De acord	71	15,9
	Parțial sunt de acord	290	64,9
	Nu sunt de acord	38	8,5
	Nu sunt de acord deloc	24	5,4
Acceptarea școlară (percepția ca fiind favorabilă)	Total de acord	100	22,4
	De acord	177	39,6
	Parțial sunt de acord	150	33,6
	Nu sunt de acord	8	1,8
	Nu sunt de acord deloc	12	2,7
Atitudinea profesorilor față de elevi (percepția ca fiind favorabilă)	Total de acord	6	1,3
	De acord	55	12,3
	Parțial sunt de acord	264	59,1
	Nu sunt de acord	80	17,9
	Nu sunt de acord deloc	42	9,4
Acceptarea personalității elevilor (percepția ca fiind favorabilă)	Total de acord	10	2,2
	De acord	79	17,7
	Parțial sunt de acord	215	48,1
	Nu sunt de acord	109	24,4
	Nu sunt de acord deloc	34	7,6
Total subiecți	N = 447		

5.3.1. Analiza factorilor din mediul familial

Dintre numeroșii factori ai mediului familial cu potențial de impact asupra comportamentelor de sănătate și de risc ale adolescenților, în cercetare am cuprins cele descrise în tabelul de mai sus. Influența acestora și necesitatea analizei lor a fost detaliat argumentată în partea teoretică a lucrării (vezi cap. II).

Conform studiilor din domeniu, în general **structura familiei** nu prezintă o influență deosebită asupra sănătății fizice, în schimb a constituit un predictor semnificativ ale rezultatelor de natură psihosocială ale comportamentului. Adolescenții care au locuit cu un singur părinte, părinte vitreg sau alte structuri familiale s-au dovedit mai predispuși la apariția simptomelor depresiei, a autoaprecierii scăzute și a funcționării școlare deficitare față de colegii lor, care trăiau cu ambii lor părinți (Swallen, Reither, Haas și Meier, 2005).

Cercetătorii susțin, deci, că autoaprecierea sănătății și renunțarea la fumat sunt strâns asociate cu structura familiei. De asemenea, adolescenții care trăiau cu ambii părinți biologici au raportat o stare de sănătate mai bună decât cei cu un singur părinte sau cu un părinte vitreg (Pedersen și Seidman, 2004).

În ceea ce privește eșantionul analizat de noi, prezența tatălui a avut influențe semnificative asupra calității vieții, dintre **factorii protectivi** ai sănătății (în tabelul 5.23. am trecut doar rezultatele semnificative obținute).

Tabelul 5.23. Factorii protectivi ai comportamentului de sănătate în funcție de structura familiei (prezența/absența membrilor familiei)

Factori protectivi	Valori statistice	Prezența/absența tatălui		Prezența/absența mamei		Prezența/absența fraților	
Autoaprecierea calității vieții	Medii	7.24	6.65	7.17	6.14	7.02	7.24
	Deviația std.	1.63	1.70	1.60	2.05	1.60	1.75
	<i>t</i>	3.14		3.28		-1.40	
	<i>p</i>	0.002		0.001		0.076	
Autoaprecierea constituției fizice	Medii	3.08	3.08	3.08	3.14	3.02	3.18
	Deviația std	0.76	0.80	0.76	0.83	0.77	0.75
	<i>t</i>	0.02		-0.42		-2.17	
	<i>p</i>	0.984		0.677		0.030	
Total subiecți	<i>N</i> = 447	346	101	418	29	274	173

Conform datelor din tabelul de mai sus, media pentru valorile răspunsurilor privind **autoaprecierea calității vieții** a copiilor care trăiesc împreună cu tatăl lor ($M = 7.24$, $SD = 1.63$) este semnificativ mai ridicată ($t = 3.14$, $DF = 447$, two-tailed $p = 0.002$) decât cea a copiilor care trăiesc în absența acestuia ($M = 6.65$, $SD = 1.70$). De asemenea, adolescenții în a căror familie este prezentă mama ($M = 7.17$, $SD = 1.60$) au o apreciere semnificativ ($t = 3.28$, $DF = 447$, two-tailed $p = 0.001$) mai favorabilă asupra calității vieții lor decât cei care trăiesc în absența acesteia ($M = 6.14$, $SD = 2.05$). În mod interesant, **aprecierea constituției fizice** este semnificativ mai pozitivă la adolescenții care trăiesc în familie împreună cu frații lor ($M = 3.02$, $SD = 0.77$), ($t = -2.17$, $DF = 447$, two-tailed $p = 0.030$) decât a celor în a căror familie lipsesc frații ($M = 3.18$, $SD = 0.75$).

Aceste rezultate evidențiază rolul determinant jucat de prezența cotidiană a membrilor familiei. Însă, cu siguranță, efectele observate vor fi moderate de calitatea relațiilor dintre membrii familiei, de nivelul și de eficiența comunicării sau de sprijinul acordat adolescenților.

Pentru analiza relațiilor predictive dintre autoaprecierea calității vieții și factorii mediului familial am aplicat metoda regresiei multiple stepwise și am introdus mai întâi *prezența/absența mamei* (modelul I) care a explicat 2,4 % din varianța *autoaprecierii calității vieții* ($F = 10,78$, $p = 0,001$), apoi *prezența/absența tatălui* (modelul II), *prezența/absența fraților* (modelul III) și *suportul afectiv din partea mamei* (modelul IV). Cei patru factori împreună explică 9,1 % din varianța autoaprecierii calității vieții. Autoaprecierea ridicată a calității vieții este deci determinată în mod semnificativ de *prezența mamei, a tatălui și a fraților în familie*, respectiv de *suportul afectiv perceput din partea mamei* (tabelul 5.24).

Tabelul 5.24. Regresia multiplă stepwise a predictorilor autoaprecierii calității vieții din mediul familial (sunt incluși doar predictorii semnificativi)

Variabila	R multiplu	B	Eroarea standard	Beta	t	Semnificația valorii t
Prezența mamei	0,154 ^a	-0,664	0,320	-0,099	-2,073	0,039
Prezența tatălui	0,200 ^b	-0,545	0,184	-0,138	-2,969	0,003
Prezența fraților	0,227 ^c	0,349	0,158	0,103	2,215	0,027
Suportul afectiv al mamei	0,301 ^d	-0,642	0,148	-0,204	-4,348	0,000

- Predictor: (Constant), Prezența mamei
- Predictor: (Constant), Prezența mamei, Prezența tatălui
- Predictor: (Constant), Prezența mamei, Prezența tatălui, Prezența fraților
- Predictor (Constant), Prezența mamei, Prezența tatălui, Prezența fraților, Suportul afectiv primit din partea mamei

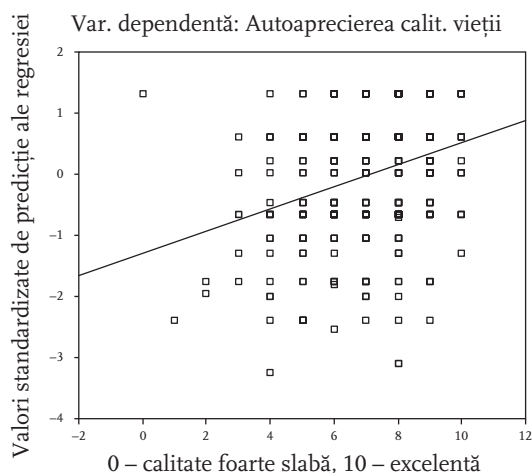


Figura 5.4. Reprezentarea grafică a modelului regresiei multiple stepwise al aprecierii calității vieții în funcție de factorii proveniți din mediul familial de personalitate analizați

Figura de mai sus reprezintă variațiile explicate de structura familiei asupra calității vieții adolescenților. *Prezența/absența mamei, prezența/absența tatălui, prezența/absența fraților și suportul afectiv din partea mamei* determină împreună în mod semnificativ variația nivelului autoaprecierii calității vieții.

În ceea ce privește legătura dintre structura familiei și comportamentele de risc ale adolescenților am obținut diferențele semnificative ale **factorilor de risc** pentru sănătate legate de prezența sau de absența părinților. Astfel, lipsa tatălui arată, conform datelor noastre, asocieri semnificative cu consumul de alcool și consumul de droguri al adolescenților. Lipsa mamei din familie prezintă diferențe semnificative la prevalența consumului de droguri.

Tabelul 5.25. Factorii de risc ai comportamentului de sănătate în funcție de structura familiei (*absența sau prezența mamei*)

Factori de risc	Absența/prezența mamei	Medii	Deviația standard	<i>t</i>	<i>p</i>
Frecvența fumatului	Absența mamei	2.83	1.31	1.47	0.141
	Prezența mamei	3.17	1.19		
Cantitatea de alcool consumat	Absența mamei	3.06	1.39	−1.06	0.288
	Prezența mamei	2.78	1.43		
Frecvența consumului de alcool (bere)	Absența mamei	3.55	0.98	0.20	0.842
	Prezența mamei	3.59	1.16		
Frecvența consumului de alcool (vin)	Absența mamei	3.66	0.94	−0.46	0.647
	Prezența mamei	3.57	0.95		
Frecvența consumului de alcool (spirtoase)	Absența mamei	4.14	0.83	−1.08	0.280
	Prezența mamei	3.93	0.99		
Prevalența cons. de droguri ilicite (pe parcursul vieții)	Absența mamei	1.90	1.52	−2.98	0.003
	Prezența mamei	1.35	0.90		
Frecvența consumului de droguri ilicite (medicamente)	Absența mamei	1,24	0.79	−1.98	0.048
	Prezența mamei	1.09	0.37		
Frecvența cons. de droguri ilicite (med. cu alcool)	Absența mamei	1.41	0.98/	−2.80	0.005
	Prezența mamei	1.14	0.45		
Frecvența cons. de droguri ilicite (etnobotanice)	Absența mamei	1.69	1.47	−3.30	0.001
	Prezența mamei	1.22	0.67		
Total subiecți	<i>N</i> = 447 (29 mama absentă)				

Absența mamei și a tatălui prezintă, dintre factorii de risc ai sănătății asocieri semnificative cu cantitatea și frecvența consumului de alcool, prevalența și frecvența consumului de substanțe.

Aceste rezultate pot fi explicate prin slăbirea modelelor parentale, în special din partea tatilor. La adolescenții din a căror familie lipsește tatăl, putem deseori observa tendința de a compensa deficiențele din rutina cotidiană de viață prin angajarea lor în diferite acțiuni suprasolicitanțe sau, dimpotrivă, sub nivelul lor de funcționare.

Ambele situații pot conduce la expunerea adolescenților unor riscuri majore pentru sănătate, prin periclitarea eficienței în sarcinile normale ale dezvoltării lor.

Tabelul 5.26. Factorii de risc ai comportamentului de sănătate în funcție de structura familiei (*absența sau prezența tatălui*)

Factori de risc	Absența/prezența tatălui	Medii	Deviația standard	<i>t</i>	<i>p</i>
Frecvența fumatului	Absența tatălui	2.95	1.27	1.86	0.064
	Prezența tatălui	3.20	1.18		
Cantitatea de alcool consumat	Absența tatălui	3.07	1.39	−2.20	0.029
	Prezența tatălui	2.72	1.43		
Frecvența consumului de alcool (bere)	Absența tatălui	3.41	1.15	1.76	0.078
	Prezența tatălui	3.64	1.14		
Frecvența consumului de alcool (vin)	Absența tatălui	3.39	0.81	2.31	0.021
	Prezența tatălui	3.63	0.98		
Frecvența consumului de alcool (spirtoase)	Absența tatălui	3.76	0.99	2.14	0.033
	Prezența tatălui	4.00	0.98		
Prevalența cons. de droguri ilicite (pe parcursul vieții)	Absența tatălui	1.47	1.04	−1.03	0.305
	Prezența tatălui	1.36	0.93		
Frecvența consumului de droguri ilicite (medicamente)	Absența tatălui	1.20	0.63	−2.86	0.004
	Prezența tatălui	1.07	0.31		
Frecvența cons. de droguri ilicite (med. cu alcool)	Absența tatălui	1.22	0.61	−1.28	0.201
	Prezența tatălui	1.14	0.47		
Frecvența cons. de droguri ilicite (etnobotanice)	Absența tatălui	1.34	0.89	−1.37	0.172
	Prezența tatălui	1.22	0.71		
Total subiecți	<i>N</i> = 130 (29 mama absentă și 101 tatăl absent)				

Media pentru valorile răspunsurilor privind cantitatea de alcool consumat ale copiilor care trăiesc împreună cu tatăl lor ($M = 2.72$, $SD = 1.43$) este semnificativ mai scăzută ($t = -2.20$, $DF = 447$, two-tailed $p = 0.02$) decât cea a copiilor care trăiesc în absența acestora ($M = 3.07$, $SD = 1.39$). De asemenea, există diferențe semnificative între cele două grupuri în ceea ce privește frecvența consumului de alcool. Absența mamei este asociată cu prevalența și cu frecvența consumului de substanțe nocive, precum sunt medicamentele, medicamentele luate împreună cu alcool sau drogurile etnobotanice.

Graficul de mai jos ilustrează diferențele factorilor de risc în mod comparativ, în funcție de lipsa mamei și/sau a tatălui. Rezultatele dovedesc impactul grav al lipsei mamei, în special, în ceea ce privește frecvența consumului de alcool, a drogurilor și a etnobotanicelor.

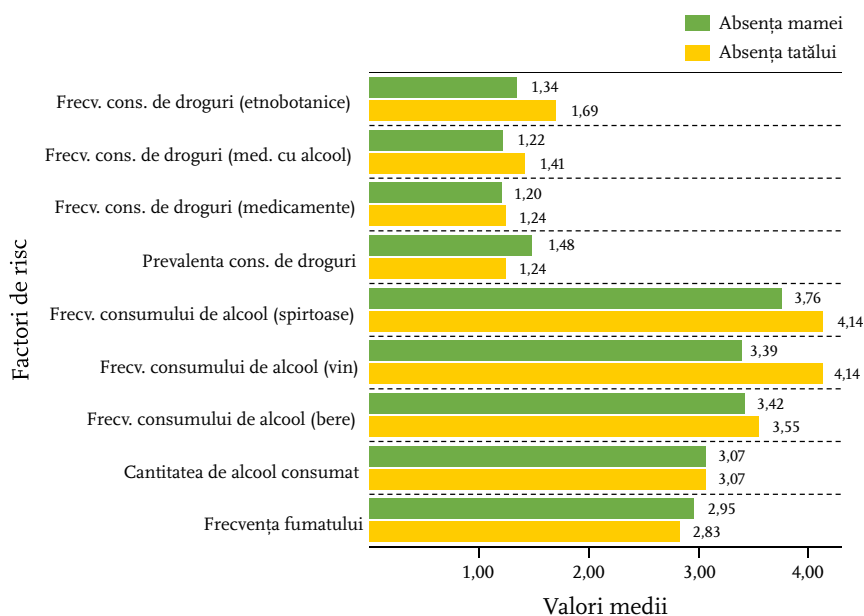


Figura 5.5. Mediile comportamentului de risc în funcție de absența părinților din familie

Graficul de mai sus ilustrează diferențele factorilor de risc în mod comparativ, în funcție de lipsa mamei și/sau a tatălui. Rezultatele dovedesc impactul grav al lipsei mamei, în special, în ceea ce privește frecvența consumului de alcool, a drogurilor și a etnobotanicelor.

Unele studii însă au prezentat dovezi care susțin faptul că nu atât prezența sau absența unui părinte este factorul care determină angajarea în comportamente de risc sau protectivi pentru sănătate ale adolescenților, ci mai degrabă implicarea unei persoane semnificative care asigură suportul afectiv și educațional al adolescentului (Di-Clemente și col., 2009).

Percepția suportului afectiv al familiei

Rezultatele analizelor noastre dovedesc asocieri semnificative între suportul afectiv din partea părinților și factorii protectivi ai sănătății. În mod special, suportul emoțional al tatălui este strâns legat de aprecierea sănătății, de ponderea și de regularitatea exercițiilor fizice și de aprecierea propriei constituții fizice. Suportul mamei, în schimb, se asociază cu calitatea vieții și cu activitățile legate de controlul greutatea corpului.

Conform datelor din tabelul 5.27., **factorii protectivi** ai sănătății prezintă corelații cu suportul afectiv primit de adolescenți din partea părinților. Autoaprecierea sănătății, ponderea și regularitatea efectuării de exerciții fizice, respectiv autoaprecierea constituției fizice sunt asociate semnificativ cu suportul afectiv primit din partea tatălui. De

asemenea, autoaprecierea calității vieții și controlul greutateii corpului prezintă corelații semnificative cu suportul afectiv primit din partea mamei.

Tabelul 5.27. Factori protectivi ai comportamentului de sănătate în funcție de suportul afectiv primit de către adolescenți din partea părinților

Factori protectivi	Media	Deviația std.	Valori statistice	Suportul tatălui	Suportul mamei
Autoaprecierea sănătății	2.17	0.71	<i>r</i>	0.09*	0.03
			<i>p</i>	0.037	0.491
Autoaprecierea calității vieții	7.11	1.66	<i>r</i>	-0.06	-0.24**
			<i>p</i>	0.215	0.000
Autoapreciere globală	28.50	5.29	<i>r</i>	-0.09	-0.01
			<i>p</i>	0.061	0.849
Regularitatea exercițiilor fizice	3.36	2.02	<i>r</i>	-0.17**	-0.02
			<i>p</i>	0.000	0.731
Ponderea exercițiilor fizice	3.61	1.49	<i>r</i>	0.10*	0.01
			<i>p</i>	0.027	0.695
Autoaprecierea constituției fizice	3.08	0.76	<i>r</i>	0.09*	0.03
			<i>p</i>	0.037	0.491
Controlul greutateii corpului	2.30	1.43	<i>r</i>	-0.06	-0.24**
			<i>p</i>	0.215	0.000

Nu am obținut, însă, corelații semnificative între *factorii de risc* pentru sănătate și suportul afectiv primit de adolescenți din partea părinților.

Interpretăm aceste rezultate prin sporirea eficienței de adaptare și de dezvoltare a adolescenților, pe fondul asigurării suportului afectiv al părinților. Îndeplinirea cu succes a rolurilor dintr-o familie crește nivelul de adaptare și scade nivelul de stres și de anxietate provocate de perturbări ale vieții cotidiene. Prezența părinților și suportul afectiv acordat de către părinți copiilor constituie cei mai importanți factori ai contextului social, aceștia jucând un rol semnificativ nu doar în sănătatea mintală și fizică a adolescenților, ci și în modul lor de a face față situațiilor de criză din viață.

Conform altor studii, percepțiile adolescenților cu privire la suportul afectiv din partea părinților s-a dovedit a fi fiind strâns legat de adoptarea comportamentelor provocatoare de risc (Resnick și col., 1997) și de prezența simptomelor depresive (Young și col., 2005).

Adolescenții care au raportat o bună comunicare cu părinții lor au dovedit o evaluare a stării de sănătate mai bună și o probabilitate mai scăzută de a deveni fumători sau consumatori de alcool (Andersen și col., 2002; Zambon și col., 2006; Del Carmen Granado Alcon și col., 2002).

Am considerat importantă analiza relațiilor dintre acest aspect al contextului social și modalitățile de coping, adoptate de către adolescenți.

În tabelul următor am cuprins diferențele semnificative ale modalităților de coping adoptate în funcție de prezența sau de absența suportului social (discutarea problemelor cu mama).

Asocieri semnificative am obținut la variabila copingului centrat pe emoții. La grupul adolescenților care au beneficiat de suportul afectiv al mamei – prin discutarea problemelor lor cu aceștia – stăpânirea de sine a dovedit valori medii semnificativ mai ridicate. Aceste date demonstrează că discuțiile în familie au rolul de a facilita controlul sau stăpânirea de sine în procesul de coping. Observațiile noastre confirmă aceste tendințe, fiind binecunoscut rolul mamelor în a aplană sau regla comportamentul copiilor lor în diferitele situații problematice.

Tabelul 5.28. Modalitățile de coping adoptate în funcție de suportul social al familiei (*discutarea problemelor cu mama*)

Modalitatea de coping	Discutarea problemelor cu mama	Medii	Deviația standard	<i>t</i>	<i>p</i>
I. Coping centrat pe problemă*	Prezența suportului	19,30	4,48	1,28	0,201
	Lipsa suportului	18,73	4,86		
Analiza problemei/ căutarea de informații	Prezența suportului	6,17	1,60	0,72	0,469
	Lipsa suportului	6,05	1,78		
Spirit combativ/ acceptarea confruntării	Prezența suportului	6,55	2,41	1,54	0,125
	Lipsa suportului	6,19	2,51		
Reevaluare pozitivă	Prezența suportului	6,58	1,97	0,48	0,632
	Lipsa suportului	6,48	2,12		
II. Coping centrat pe emoții**	Prezența suportului	12,52	3,81	-1,37	0,172
	Lipsa suportului	13,02	3,65		
Stăpânire de sine	Prezența suportului	3,86	2,36	-2,04	0,042
	Lipsa suportului	4,32	2,22		
Îndepărtarea/minimalizarea amenințării	Prezența suportului	3,43	1,35	0,40	0,686
	Lipsa suportului	3,37	1,52		
Fuga de evitare	Prezența suportului	5,23	1,81	-0,54	0,587
	Lipsa suportului	5,33	1,84		
III. Căutarea unui suport social	Prezența suportului	3,91	1,32	0,88	0,379
	Lipsa suportului	3,80	1,30		
Total subiecți	N = 447 (258 beneficiază de suport afectiv din partea mamei)				

* rezultat din îmbinarea factorilor: analiza problemei, spirit combativ și reevaluare pozitivă

** rezultat din îmbinarea factorilor: stăpânire de sine, îndepărtarea amenințării și fuga de evitare

Datele tabelului surprind nivelul semnificativ mai scăzut al stăpânirii de sine la grupul adolescenților în care nu este prezent suportul emoțional al mamei. În schimb, suportul emoțional al tatălui dovedește un impact semnificativ concretizat prin nivelurile semnificativ mai ridicate în acceptarea confruntării și scăzute cât privește stăpânirea de sine.

Deci, suportul afectiv al părinților ajută adolescenții în formarea comportamentelor de adaptare prin sporirea capacității acestora de a se controla și de a-și regla reacțiile la diferitele evenimente stresante al vieții.

Discuțiile adolescenților cu tații lor se asociază semnificativ cu adoptarea modalităților de coping centrate pe problemă, în mod special analiza problemei și acceptarea confruntării. De asemenea, observăm relații strânse între suportul taților și modalitățile de coping centrate pe emoții, dintre care în mod special stăpânirea de sine și îndepărtarea amenințării. Explicația ar putea consta în flexibilitatea mai crescută a taților în ceea ce privește rezolvarea problemelor din viața copiilor lor.

Tabelul 5.29. Modalitățile de coping adoptate în funcție de suportul social al familiei (*discutarea problemelor cu tata*)

Modalitatea de coping	Discutarea problemelor cu tata	Medii	Deviația standard	<i>t</i>	<i>p</i>
I. Coping centrat pe problemă*					
	Prezența suportului	20,24	4,23	2,93	0,004
	Lipsa suportului	18,72	4,71		
Analiza problemei/ căutarea de informații	Prezența suportului	6,39	1,59	1,77	0,077
	Lipsa suportului	6,06	1,70		
Spirit combativ/ acceptarea confruntării	Prezența suportului	6,99	2,37	2,78	0,006
	Lipsa suportului	6,22	2,48		
Reevaluare pozitivă	Prezența suportului	6,85	1,93	1,82	0,070
	Lipsa suportului	6,44	2,05		
II. Coping centrat pe emoții**					
	Prezența suportului	12,06	3,77	-2,08	0,038
	Lipsa suportului	12,94	3,72		
Stăpânire de sine	Prezența suportului	3,50	2,24	-2,81	0,005
	Lipsa suportului	4,23	2,31		
Îndepărtarea/minimizarea amenințării	Prezența suportului	3,52	1,38	0,89	0,375
	Lipsa suportului	3,38	1,44		
Fuga de evitare	Prezența suportului	5,04	1,70	-1,42	0,156
	Lipsa suportului	5,33	1,87		
III. Căutarea unui suport social					
	Prezența suportului	4,04	1,33	1,56	0,120
	Lipsa suportului	3,81	1,31		
Total subiecți	<i>N</i> = 447 (102 beneficiază de suport afectiv din partea tatălui)				

* rezultat din îmbinarea factorilor: analiza problemei, spirit combativ și reevaluare pozitivă

** rezultat din îmbinarea factorilor: stăpânire de sine, îndepărtarea amenințării și fuga de evitare

Multe studii care s-au centrat pe analiza rolului comunicării facile cu părinți au dovedit că acesta constituie un factor important în comportamentul adolescenților. Însă, rolul specific al relațiilor cu tații a fost mai rar analizat. Relația taților cu copiii a fost descrisă ca fiind calitativ diferită comparativ cu cea cu mamele, fiind caracterizată de mai multă „ușurință”, încurajând în mod special competitivitatea și independența copiilor (Lewis 1986, DeKlyen, Speltz și Greenberg, 1998).

În continuare vom analiza efectele suportului social perceput din partea părinților asupra manifestării agresivității adolescenților.

Utilizând analiza de varianță, am obținut rezultate care dovedesc influența semnificativă a suportului perceput din partea părinților asupra manifestărilor agresive ale adolescenților.

Tabelul 5.30. Analiza varianței cu testul modelului general linear al efectului suportului social perceput asupra manifestării agresivității (valorile F și pragurile de semnificație ale efectelor)

Multivariate Tests						
Effect	Pillai's Trace Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.	
Intercept	.168	29.339 ^a	3.000	437.000	.000	
Suport social din partea mamei	.023	3.467 ^a	3.000	437.000	.02	
Suport social din partea tatălui	.025	3.722 ^a	3.000	437.000	.01	

a. exact statistic

Expresia generală a agresivității și agresivitatea manifestată spre exterior prezintă relații semnificative cu suportul social perceput din partea taților, iar agresivitatea orientată spre interior – cu suportul afectiv perceput din partea mamelor. Putem afirma, deci, că există o diferență în exprimarea agresivității în funcție de suportul social perceput.

Aceste asocieri evidențiază importanța concentrării atenției specialiștilor, în elaborarea programelor de promovare a sănătății, asupra unor tematici speciale. Astfel, se impune – alături de abordarea diferitelor componente ale personalității, cum este cel al nivelului de exprimare, respectiv orientării agresivității, integrarea abilităților de coping, a autoevaluărilor aspectelor personale – și a resurselor disponibile adolescenților din mediul lor de viață (cum sunt suportul părinților, nivelul lor de resurse educaționale, calitatea timpului petrecut cu prietenii, alte calități ale spațiului de trai).

Tabelul 5.31. Efectele interacțiunii dintre suportul social și modalitățile agresivității
Tests of Between-Subjects Effects

Source	Dependent Variable	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	Anger Expression A/Ex	615.729 ^a	7	87.961	1.368	.217
	Anger In A/I	353.099 ^b	7	50.443	2.673	.010
	Anger Out A/O	239.552 ^a	7	34.222	1.370	.216
Intercept	Anger Expression A/Ex	825.199	1	825.199	12.834	.000
	Anger In A/I	14.646	1	14.646	.776	.379
	Anger Out A/O	64.546	1	64.546	2.583	.109
Suport social din partea mamei	Anger Expression A/Ex	120.914	1	120.914	1.881	.171
	Anger In A/I	181.051	1	181.051	9.594	.002
	Anger Out A/O	11.514	1	11.514	.461	.498
Suport social din partea tatălui	Anger Expression A/Ex	343.844	1	343.844	5.348	.021
	Anger In A/I	.329	1	.329	.017	.895
	Anger Out A/O	101.114	1	101.114	4.046	.045

Source	Dependent Variable	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Total	Anger Expression A/Ex	1114374.000	447			
	Anger In A/I	166640.000	447			
	Anger Out A/O	177477.000	447			

- a. $R^2 = .021$ (Adjusted $R^2 = .006$)
b. $R^2 = .041$ (Adjusted $R^2 = .026$)

Din datele tabelului reiese asocierea relevantă dintre suportul social a mamei și agresivitatea orientată spre interior, în timp ce suportul afectiv al tatălui prezintă relații semnificative cu nivelul general al exprimării agresivității și cu agresivitatea exprimată spre exterior. Orientarea interioară și exterioară a agresivității privită din ambele perspective (prin suportul maternal și paternal deopotrivă) evidențiază o modalitate de echilibru caracteristic stării de sănătate mintale și fizice. Se conturează astfel din ce în ce mai bine contextul potrivit pentru atingerea acestor scopuri de menținere și protecție a sănătății adolescenților.

Relațiile adolescenților cu părinții și, în special cu tații lor s-au dovedit a fi strâns legate atât de consumul de alcool, de adaptarea psihosocială și de starea lor de confort, cât și de performanțele lor școlare (*Del Carmen Granado Alcon și col., 2002; Amato, 1994; Hwang și Lamb 1997*). Studiile ajung la concluzia că ridicarea nivelului de comunicare a adolescenților cu mamele sau cu tații lor va conduce la rezultate pozitive legate de sănătatea lor generală.

În continuare vom analiza influența nivelului de educație a părinților asupra comportamentului de sănătate al adolescenților.

Nivelul de educație al părinților și comportamentul de sănătate al adolescenților

Nivelul de educație al părinților demonstrează relații semnificative cu **factori protectivi** ai sănătății, așa cum sunt aprecierea calității vieții și ponderea exercițiilor fizice efectuate de adolescenții chestionați. Astfel, adolescenții ale căror mame au un nivel de educație superior își consideră calitatea vieții semnificativ pozitivă, față de cei cu mame care au un nivel de educație inferior. Acest rezultat poate fi explicat prin posibilele diferențe ale statutului social apărut ca o consecință a nivelului de educație din familie.

Tabelul 5.32. Factori protectivi ai comportamentului de sănătate în funcție de *nivelul de educație al mamei* (testul t pentru eșantioane independente)

Variabila	Nivel de pregătire	Medii	Deviația standard	t	p
Autoaprecierea sănătății	superior*	2,16	0,71	-0,17	0,867
	inferior**	2,18	0,70		
Autoaprecierea calității vieții	superior	7,22	1,65	2,79	0,005
	inferior	6,70	1,63		
Autoapreciere globală	superior	28,47	5,40	-0,22	0,825
	inferior	28,60	4,90		

Variabila	Nivel de pregătire	Medii	Deviația standard	<i>t</i>	<i>p</i>
Regularitatea exercițiilor fizice	superior	3,40	1,99	0,60	0,546
	inferior	3,26	2,15		
Ponderea exercițiilor fizice	superior	3,62	1,48	0,28	0,780
	inferior	3,57	1,54		
Autoaprecierea constituției fizice	superior	3,09	0,75	0,46	0,644
	inferior	3,05	0,82		
Controlul greutateii corpului	superior	2,28	1,46	−0,53	0,595
	inferior	2,37	1,32		
Total subiecți	N = 447 (346 cu pregătire superioară)				

* Nivel de pregătire superior: liceu, colegiu sau universitate

** Nivel de pregătire inferior: fără școlarizare, gimnaziu sau școală profesională

Un rezultat poate deloc surprinzător, dar deosebit de îngrijorător este surprins de datele tabelului următor. Conform acestora, nivelul de educație superior al mamei este strâns legat de un nivel mai ridicat al *prevalenței* și a *consumului de droguri*, dintre factorii de risc ai sănătății adolescenților. *Frecvența consumului de alcool*, în schimb, este mai ridicată la subiecții ale căror mame sunt caracterizate de un nivel de educație inferior.

Tabelul 5.33. Factori favorizatori ai comportamentelor de risc privind sănătatea în funcție de *nivelul de educație al mamei* (testul *t* pentru eșantioane independente)

Variabila	Nivel de pregătire	Medii	Deviația standard	<i>t</i>	<i>p</i>
Frecvența fumatului	superior*	3,14	1,20	-0,31	0,756
	inferior**	3,18	1,22		
Cantitatea de alcool consumat	superior	2,84	1,44	1,31	0,193
	inferior	2,63	1,35		
Frecvența consumului de alcool (bere)	superior	3,59	1,15	-0,01	0,990
	inferior	3,59	1,15		
Frecvența consumului de alcool (vin)	superior	3,54	0,98	-1,64	0,102
	inferior	3,71	0,83		
Frecvența consumului de alcool (spirtoase)	superior	3,90	1,02	-2,19	0,030
	inferior	4,12	0,86		
Prevalența consumului de droguri (pe parcursul vieții)	superior	1,44	1,00	2,20	0,029
	inferior	1,23	0,79		
Frecvența consumului de droguri (medicamente)	superior	1,11	0,45	2,35	0,020
	inferior	1,04	0,20		
Frecvența consumului de droguri (med. cu alcool)	superior	1,16	0,53	0,28	0,777
	inferior	1,15	0,43		

Variabila	Nivel de pregătire	Medii	Deviația standard	<i>t</i>	<i>p</i>
Frecvența consumului de droguri (etnobotanice)	superior	1,27	0,77	1,33	0,186
	inferior	1,16	0,70		
Total subiecți	N = 447 (346 cu pregătire superioară)				

* Nivel de pregătire superior: liceu, colegiu sau universitate

** Nivel de pregătire inferior: fără școlarizare, gimnaziu sau școală profesională

Am aplicat aceleași analize cu privire la nivelul de educație al tatălui. Factorii protectivi ai sănătății (autoaprecierea calității vieții, autoaprecierea globală și ponderea exercițiilor fizice) prezintă niveluri semnificativ mai ridicate la adolescenții ai căror tați sunt caracterizați de un nivel de educație superior.

Tabelul 5.34. Factori protectivi ai comportamentului de sănătate în funcție de *nivelul de educație al tatălui* (testul *t* pentru eșantioane independente)

Variabila	Nivel de pregătire	Medii	Deviația standard	<i>t</i>	<i>p</i>
Autoaprecierea sănătății	superior*	2,18	0,70	0,28	0,781
	inferior**	2,16	0,72		
Autoaprecierea calității vieții	superior	7,28	1,64	2,83	0,005
	inferior	6,82	1,65		
Autoapreciere globală	superior	28,89	5,35	2,03	0,042
	inferior	27,84	5,13		
Regularitatea exercițiilor fizice	superior	3,47	2,03	1,40	0,163
	inferior	3,19	2,01		
Ponderea exercițiilor fizice	superior	3,80	1,55	-2,04	0,042
	inferior	3,50	1,45		
Autoaprecierea constituției fizice	superior	3,08	0,75	-0,07	0,944
	inferior	3,08	0,79		
Controlul greutateii corpului	superior	2,30	1,46	-0,06	0,949
	inferior	2,31	1,37		
Total subiecți	<i>N</i> = 447 (280 cu pregătire superioară)				

* Nivel de pregătire superior: liceu, colegiu sau universitate

** Nivel de pregătire inferior: fără școlarizare, gimnaziu sau școală profesională

Dintre factorii de risc ai sănătății nu am obținut diferențe semnificative în funcție de nivelul de educație a tatălui.

Conform rezultatelor noastre, putem susține că există diferențe semnificative ale autoaprecierii adolescenților în ceea ce privește imaginea de sine, calitatea vieții sau abilitățile lor fizice. Percepțiile mai favorabile sunt caracteristice adolescenților cu părinți având un nivel de educație superior. Însă, la adolescenții proveniți din familii cu

ambii categorii, comportamentele de risc sunt prezente în diferite forme de manifestare. Nivelul de educație al părinților constituie un factor moderator în ceea ce privește comportamentul de sănătate al adolescenților.

Cercetătorii susțin că în familiile unde părinții demonstrează un interes și o implicare mai ridicată față de educația adolescenților, aceștia dovedesc predominant opinii pozitive legate de abilitățile lor sau cu privire la obținerea unor rezultate școlare bune. De asemenea, studiile longitudinale dovedesc că încurajarea și susținerea parentală are efecte benefice pentru o încredere ridicată în propriile capacități, în rândul adolescenților, de-a lungul timpului (Juan și Silbereisen 2002, Silbereisen și Wiesner 2000). Totodată, o personalitate mai armonioasă sau încrederea solidă a adolescentului în propriile capacități pot atenua efectele potențial negative ale lipsei implicării sau ale interesului din partea părinților lor (Eccles și col., 1989).

Conform analizelor noastre, *ipoteza 3.1* a fost confirmată, subliniind diferențe importante ale factorilor de risc și protectivi în funcție de structura familiei, suportul afectiv perceput din partea părinților și nivelul de educație a acestora.

Pentru a stabili care dintre acești factori au calitatea de predictor ai comportamentelor cu risc pentru sănătate, am folosit metoda stepwise a regresiei multiple. Am verificat influența factorilor familiali asupra *cantității de alcool consumat*, a *frecvenței consumului de alcool (vin)*, a *prevalenței consumului de droguri ilicite* și a *frecvenței consumului de droguri ilicite (etnobotanice)*.

În cazul *cantității de alcool consumat*, *absența tatălui din familie* ($F = 4,82$, $p = 0,029$), *nivelul scăzut de școlarizare a mamei* ($F = 4,53$, $p = 0,034$) și *lipsa suportului afectiv oferit de către surori* ($F = 6,48$, $p = 0,011$) – 6,7 % din varianță, în cazul *frecvenței consumului de alcool (vin)*, de asemenea, *absența tatălui* ($F = 5,35$, $p = 0,021$), *nivelul scăzut de școlarizare a mamei* ($F = 4,01$, $p = 0,046$) și *lipsa suportului afectiv oferit de către surori* ($F = 7,26$, $p = 0,007$) – 7 % din varianță. În final, în cazul *prevalenței consumului de droguri ilicite*, *nivelul scăzut de școlarizare al tatălui* ($F = 4,73$, $p = 0,030$), *absența mamei* ($F = 9,33$, $p = 0,002$), *nivelul scăzut de școlarizare a mamei* ($F = 7,24$, $p = 0,007$) și *lipsa suportului afectiv oferit de către surori* ($F = 15,10$, $p = 0,000$) – 16,6 % din varianță și a *frecvenței consumului de droguri ilicite (etnobotanice)*, *absența mamei din familie* ($F = 10,91$, $p = 0,001$) și *nivelul scăzut de școlarizare a mamei* ($F = 8,55$, $p = 0,004$) – 6,6 % din varianță – pot fi asociate cu prezența mai ridicată al acestor factori de risc.

5.3.2. Influența grupului copiilor de aceeași vârstă asupra comportamentului de sănătate

Colegii din același grup de vârstă al adolescenților au un rol crucial în definirea identității adolescenților și în dezvoltarea competențelor personale și sociale (Baumister și Leary 1995, Bosma și Jackson 1990). Comportamentul colegilor poate explica în mod semnificativ variațiile comportamentelor de risc ale adolescenților. Astfel, comportamentele cu risc ridicat pentru sănătate, cum sunt consumul de droguri sau abuzul de alcool sunt strâns legate de consumul de substanțe interzise și de comportamentele deviante ale prietenilor (Prinstein, Boergers și Spirito, 2001).

De asemenea, prietenii și preferințele față de colegi constituie predictor ai succesului în relațiile interpersonale din viitor. Suportul perceput din partea colegilor de

aceeași vârstă este strâns legat de autoaprecierea mai ridicată și de o bună adaptare școlară (Schneider 2000, Berndt, 1996).

Am analizat cu metoda testului *t* pentru eșantioane independente diferențele între factorii protectivi ai sănătății în funcție de timpul petrecut cu prietenii. Rezultatele susțin niveluri semnificativ mai ridicate ale autoaprecierii sănătății și ale ponderii exercițiilor fizice la adolescenții care petrec între 3 și 5 zile pe săptămână cu prietenii. Autoaprecierea globală prezintă, de asemenea, un nivel semnificativ mai ridicat la cei care petrec mai mult timp cu colegii din categoria lor de vârstă.

Tabelul 5.35. *Factorii protectivi ai comportamentului de sănătate în funcție de timpul petrecut cu prietenii într-o săptămână (testul *t* pentru eșantioane independente)*

Variabila	Timp (zile/săpt.)	Medii	Deviația standard	<i>t</i>	<i>p</i>
Autoaprecierea sănătății	0–2	2,26	0.69	2,12	0,034
	3–5	2,11	0.72		
Autoaprecierea calității vieții	0–2	6,93	1.70	–1,68	0,094
	3–5	7,21	1.63		
Autoapreciere globală	0–2	27,29	5.31	–3,75	0,000
	3–5	29,21	5.15		
Regularitatea exercițiilor fizice	0–2	2,98	2.08	–3,09	0,002
	3–5	3,59	1.96		
Ponderea exercițiilor fizice	0–2	3,40	1.,44	3,89	0,000
	3–5	3,96	1.51		
Autoaprecierea constituției fizice	0–2	3,15	0.75	1,50	0,134
	3–5	3,04	0.78		
Controlul greutateii corpului	0–2	2,33	1.42	0,31	0,756
	3–5	2,28	1.43		
Total subiecți	N = 447 (165 până la 2 zile/săpt., 282 între 3–5 zile/săpt.)				

În ceea ce privește asocierile factorilor de risc pentru sănătate cu timpul petrecut cu prietenii am obținut diferențe semnificative la majoritatea variabilelor. Astfel, observăm un nivel semnificativ mai ridicat în privința frecvenței fumatului și a consumului de alcool la adolescenții care petrec săptămânal mai mult timp cu prietenii (3–5 zile săptămânal), față de colegii lor care petrec mai puțin timp cu colegii lor (între 3–5 zile). Cantitatea de alcool consumat și prevalența, respectiv frecvența consumului de droguri, de asemenea, prezintă un nivel semnificativ mai ridicat la adolescenții care petrec mai mult timp cu prietenii din aceeași categorie de vârstă.

Tabelul 5.36. *Factorii de risc ai comportamentului relativ la sănătate în funcție de timpul petrecut cu prietenii într-o săptămână (testul t pentru eșantioane independente)*

Variabila	Timp (zile/săpt.)	Medii	Deviația standard	<i>t</i>	<i>p</i>
Frecvența fumatului	0–2	3,32	1.13	2,38	0,018
	3–5	3,04	1.23		
Cantitatea de alcool consumat	0–2	2,51	1.44	–3,30	0,001
	3–5	2,96	1.39		
Frecvența consumului de alcool (bere)	0–2	3,92	1.06	4,64	0,000
	3–5	3,40	1.16		
Frecvența consumului de alcool (vin)	0–2	3,65	0.91	1,22	0,224
	3–5	3,54	0.97		
Frecvența consumului de alcool (spirtoase)	0–2	4,05	0.93	1,68	0,094
	3–5	3,89	1.02		
Prevalența consumului de droguri ilicite (pe parcursul vieții)	0–2	1,24	0.79	–2,60	0,010
	3–5	1,48	1.03		
Frecvența consumului de droguri ilicite (medicamente)	0–2	1,10	0.45	0,27	0,788
	3–5	1,09	0.38		
Frecvența consumului de droguri ilicite (medicamente cu alcool)	0–2	1,13	0.52	–0,89	0,376
	3–5	1,18	0.49		
Frecvența consumului de droguri ilicite (etnobotanice)	0–2	1,13	0.59	–2,43	0,016
	3–5	1,31	0.83		
Total subiecți	N = 447 (165 până la 2 zile/săpt., 282 între 3–5 zile/săpt.)				

Rezultatele noastre dovedesc, în ceea ce privește timpul petrecut cu prietenii și comportamentul legat de sănătate al adolescenților, atât influențe pozitive, cât și negative. Caracteristicile de dezvoltare din perioada adolescenței își pun amprenta în mod deosebit asupra implicațiilor acestor factori. Sunt cunoscute tendințele de afiliere a adolescenților la cei de o vârstă, precum și provocările multiple, cauzate uneori de imaturitatea sau instabilitatea acestora.

Timpul petrecut cu prietenii în orele de seară a fost strâns legat de comportamentul cu risc al adolescenților, în special cel de consum de substanțe nocive. Multe cercetări care analizează influențele colegilor se concentrează pe riscurile provenite din implicarea lor în grupuri ale colegilor de aceeași vârstă. Participarea la acțiunile comune cu cei de-o vârstă este însă importantă și în dezvoltarea factorilor protectivi, așa cum sunt participarea la activități fizice și de socializare sau integrarea în cluburile de tineret, de exemplu. Deci, studiile susțin existența atât a influențelor negative, cât și a celor pozitive și consideră că ambele trebuie luate în considerare în explorarea complexității dinamicii relaționărilor adolescenților cu colegii lor (*Settertobulte și Matos 2004, Del Carmen Granado Alcon și col., 2002; Berndt, 1999*).

Am analizat variațiile factorilor protectivi și de risc în funcție de numărul prietenilor, diferențiați după sexul acestora (vezi tabelele 5.37 și 5.38).

Autoaprecierea calității vieții și a constituției fizice (factori protectivi) prezintă variații semnificative în funcție de numărul prietenilor de sex feminin. Nu am obținut variații semnificative la factorii de risc ai sănătății în funcție de numărul prietenilor.

Tabelul 5.37. Factorii protectivi ai comportamentului de sănătate în funcție de *numărul prietenilor de sex feminin* (One-way ANOVA)

Variabila	Dispersia	Suma pătratelor	df	Media pătratică	F	p
Autoaprecierea sănătății	Intergrup	0,16	1	0,16	0,32	0,574
	Intragrup	224,26	445	0,50		
	Total	224,42	446			
Autoaprecierea calității vieții	Intergrup	26,08	1	26,08	9,67	0,002
	Intragrup	1199,98	445	2,70		
	Total	1226,06	446			
Autoapreciere globală	Intergrup	27,57	1	27,57	0,99	0,321
	Intragrup	12448,18	445	27,97		
	Total	12475,75	446			
Regularitatea exercițiilor fizice	Intergrup	2,07	1	2,07	0,50	0,478
	Intragrup	1825,49	445	4,10		
	Total	1827,56	446			
Ponderea exercițiilor fizice	Intergrup	8,37	1	8,37	3,79	0,052
	Intragrup	983,90	445	2,21		
	Total	992,27	446			
Autoaprecierea constituției fizice	Intergrup	2,71	1	2,71	4,66	0,031
	Intragrup	258,39	445	0,58		
	Total	261,10	446			
Controlul greutateii corpului	Intergrup	3,15	1	3,15	1,55	0,214
	Intragrup	904,68	445	2,03		
	Total	907,83	446			

Tabelul 5.38. Factorii de risc ai comportamentului de sănătate în funcție de *numărul prietenilor de sex feminin* (One-way ANOVA)

Variabila	Dispersia	Suma pătratelor	df	Media pătratică	F	p
Frecvența fumatului	Intergrup	0,99	1	0,99	0,68	0,410
	Intragrup	644,56	445	1,45		
	Total	645,55	446			
Cantitatea de alcool consumat	Intergrup	3,03	1	3,03	1,49	0,222
	Intragrup	903,44	445	2,03		
	Total	906,47	446			

Variabila	Dispersia	Suma pătratelor	df	Media pătratică	F	p
Frecvența consumului de alcool (bere)	Intergrup	2,45	1	2,45	1,86	0,173
	Intragrup	585,45	445	1,32		
	Total	587,90	446			
Frecvența consumului de alcool (vin)	Intergrup	0,60	1	0,60	0,67	0,415
	Intragrup	400,49	445	0,90		
	Total	401,09	446			
Frecvența consumului de alcool (spirtoase)	Intergrup	2,91	1	2,91	3,00	0,084
	Intragrup	431,80	445	0,97		
	Total	434,71	446			
Prevalența cons. de droguri ilicite (pe parcursul vieții)	Intergrup	0,03	1	0,03	0,03	0,854
	Intragrup	408,24	445	0,92		
	Total	408,27	446			
Frecvența consumului de droguri ilicite (medicamente)	Intergrup	0,17	1	0,17	1,00	0,317
	Intragrup	74,70	445	0,17		
	Total	74,86	446			
Frecvența cons. de droguri ilicite (med. cu alcool)	Intergrup	0,11	1	0,11	0,43	0,513
	Intragrup	114,29	445	0,26		
	Total	114,40	446			
Frecvența cons. de droguri ilicite (etnobotanice)	Intergrup	0,11	1	0,11	0,19	0,666
	Intragrup	254,82	445	0,57		
	Total	254,93	446			

Tabelul următor cuprinde rezultatele analizei de varianță (ANOVA) în funcție de numărul prietenilor de sex masculin. Dintre factorii protectivi, numărul prietenilor la această categorie prezintă influențe semnificative asupra ponderii exercițiilor fizice, autoaprecierea constituției fizice și controlul greutateii corpului. În ceea ce privește factorii de risc, frecvența fumatului și a consumului de alcool dovedește variații semnificative în funcție de numărul prietenilor de sex masculin.

Tabelul 5.39. Factorii protectivi ai comportamentului de sănătate în funcție de numărul prietenilor de sex masculin (One-way ANOVA)

Variabila	Dispersia	Suma pătratelor	df	Media pătratică	F	p
Autoaprecierea sănătății	Intergrup	0,07	1	0,07	0,14	0,704
	Intragrup	224,34	445	0,50		
	Total	224,42	446			
Autoaprecierea calității vieții	Intergrup	0,21	1	0,21	0,08	0,783
	Intragrup	1225,85	445	2,75		
	Total	1226,06	446			

Variabila	Dispersia	Suma pătratelor	df	Media pătratică	F	p
Autoapreciere globală	Intergrup	4,06	1	4,06	0,15	0,704
	Intragrup	12471,69	445	28,03		
	Total	12475,75	446			
Regularitatea exercițiilor fizice	Intergrup	3,23	1	3,23	0,79	0,375
	Intragrup	1824,33	445	4,10		
	Total	1827,56	446			
Ponderea exercițiilor fizice	Intergrup	12,79	1	12,79	5,81	0,016
	Intragrup	979,48	445	2,20		
	Total	992,27	446			
Autoaprecierea constituției fizice	Intergrup	3,42	1	3,42	5,90	0,016
	Intragrup	257,69	445	0,58		
	Total	261,10	446			
Controlul greutateii corpului	Intergrup	19,03	1	19,03	9,53	0,002
	Intragrup	888,80	445	2,00		
	Total	907,83	446			

Tabelul 5.40. Factorii de risc ai comportamentului de sănătate
în funcție de *numărul prietenilor de sex masculin* (One-way ANOVA)

Variabila	Dispersia	Suma pătratelor	df	Media pătratică	F	p
Frecvența fumatului	Intergrup	5,84	1	5,84	4,06	0,044
	Intragrup	639,71	445	1,44		
	Total	645,55	446			
Cantitatea de alcool consumat	Intergrup	24,88	1	24,88	12,56	0,000
	Intragrup	881,60	445	1,98		
	Total	906,47	446			
Frecvența consumului de alcool (bere)	Intergrup	5,37	1	5,37	4,10	0,043
	Intragrup	582,53	445	1,31		
	Total	587,90	446			
Frecvența consumului de alcool (vin)	Intergrup	1,36	1	1,36	1,52	0,219
	Intragrup	399,72	445	0,90		
	Total	401,09	446			
Frecvența consumului de alcool (spirtoase)	Intergrup	11,16	1	11,16	11,72	0,001
	Intragrup	423,56	445	0,95		
	Total	434,71	446			
Prevalența cons. de droguri ilicite (pe parcursul vieții)	Intergrup	1,56	1	1,56	1,70	0,193
	Intragrup	406,71	445	0,91		
	Total	408,27	446			

Variabila	Dispersia	Suma pătratelor	df	Media pătratică	F	p
Frecvența consumului de droguri licite (medicamente)	Intergrup	0,01	1	0,01	0,07	0,794
	Intragrup	74,85	445	0,17		
	Total	74,86	446			
Frecvența cons. de droguri ilicite (med. cu alcool)	Intergrup	0,01	1	0,01	0,02	0,886
	Intragrup	114,40	445	0,26		
	Total	114,40	446			
Frecvența cons. de droguri ilicite (etnobotanice)	Intergrup	0,20	1	0,20	0,35	0,553
	Intragrup	254,73	445	0,57		
	Total	254,93	446			

Studiile estimează că adolescenții își petrec o treime din timpul lor cu colegii sau prietenii lor. Începând din preadolescență, în general ei încearcă să fie mai mult cu prietenii decât cu familia, iar în adolescență pot petrece și de două ori mai mult timp cu colegii lor decât cu părinții (*Brown și Klute 2003, Fuligni și col., 2001; Schneider, 2000; Brown, 2004*).

Posibile interpretări ale asocierilor descrise pot consta în faptul că adolescenții mai singuratici, care petrec mai puțin timp cu prietenii și au, în general, un număr redus de prieteni, vor avea mai puține ocazii de a-și însuși modele comportamentale protective (exercițiile fizice efectuate de obicei în mijlocul prietenilor, aprecieri multumitoare asupra imaginii corpului și a imaginii globale de sine). În același timp, unii adolescenți se vor confrunta cu efectele nocive ale petrecerii timpului cu colegii, rezultatele dovedind variații semnificative în nivelul fumatului, al consumului de droguri și de alcool. Însă lipsa prietenilor și a timpului petrecut cu aceștia dovedește și ea un impact semnificativ negativ asupra consumului de droguri. Ne putem gândi aici la acei adolescenți care își manifestă dificultățile de relaționare prin consumul de substanțe interzise sau de alcool. Alături de aceste caracteristici, studiile subliniază că adeseori adolescenții singuratici dovedesc o autoapreciere scăzută, o satisfacție a vieții scăzută și dispoziții depresive frecvente. Totodată, aceștia sunt mai predispuși să devină victime ale violențelor școlare (*Bender și Losel, 1997; Kuntsche și Gmel, 2004*).

Ipoteza 3.2. se confirmă, dovedind o influență semnificativă a numărului prietenilor și a timpului petrecut cu colegii de aceeași vârstă de către adolescenți asupra comportamentului lor de sănătate.

În analizele următoare ne vom concentra atenția asupra mediului școlar, acesta constituind factorul contextual cu cea mai mare valoare și pregnanță din viața copiilor de vârstă școlară. Caracteristicile mediului școlar își pun amprenta asupra dezvoltării psihologice, cognitive și socio-emoționale ale elevilor dar, în același timp, determină și formarea tendințelor legate de comportamentul de sănătate. Astfel, vom recurge la testarea relațiilor dintre atitudinea față de școală a adolescenților, nivelul perceput al stresului școlar, dar și dintre caracteristicile relațiilor din mediul școlar, precum climatul clasei, acceptarea din partea colegilor și a profesorilor, atitudinea de acceptare a personalității elevilor de către profesori.

5.3.3. Implicațiile factorilor protectivi și de risc din mediul școlar asupra comportamentului legat de sănătate

Relațiile dintre mediul școlar, adaptarea școlară și consecințele asupra sănătății au dezvăluit importanța climatului școlar și a cerințelor legate de succesul adaptării școlare. Climatul social al școlii constituie o țință importantă în promovarea sănătății și a stării de confort ale copiilor și ale adolescenților. Adaptarea școlară determină, de asemenea, aprecierea subiectivă a sănătății și a satisfacției oferite de viață (*Ravens-Sieberger, Freeman, Kökönyei, Thomas și Erhart, 2009*).

Redăm în cele ce urmează rezultatele analizelor corelaționate dintre factorii mediului școlar și cei protectivi/de risc ai sănătății.

Tabelul 5.41. Corelația dintre factorii protectivi ai comportamentului de sănătate și variabilele mediului școlar

Factori protectivi	Atitudinea față de școală	Stresul școlar	Climatul clasei	Acceptare școlară	Atitudinea profesorilor	Acceptarea profesorilor
Autoaprecierea sănătății	0,10*	0,21**	0,08	0,10*	0,02	0,12**
	0,03	0,00	0,09	0,04	0,70	0,01
Autoaprecierea calității vieții	-0,15**	-0,24**	-0,10*	-0,18**	-0,13**	-0,10*
	0,00	0,00	0,03	0,00	0,01	0,04
Autoapreciere globală	-0,07	-0,27**	-0,08	-0,16**	-0,03	-0,20**
	0,12	0,00	0,09	0,00	0,51	0,00
Regularitatea exercițiilor fizice	-0,01	-0,13**	0,05	0,01	0,00	-0,11*
	0,80	0,01	0,32	0,86	0,95	0,02
Ponderea exercițiilor fizice	-0,04	0,04	-0,05	0,01	-0,03	0,10*
	0,40	0,44	0,34	0,90	0,51	0,03
Autoaprecierea constituției fizice	-0,08	0,11*	0,00	0,06	0,05	0,13**
	0,10	0,02	0,96	0,20	0,29	0,01
Controlul greutateii corpului	0,00	0,14**	-0,02	0,11*	0,01	0,10*
	0,96	0,00	0,68	0,02	0,84	0,03

** Corelația este semnificativă la nivelul de 0.01

* Corelația este semnificativă la nivelul de 0.05

Total subiecți $N = 447$

În tabelul de mai sus putem observa stresul școlar și acceptarea personalității elevilor de către profesori având influențe majore asupra factorilor protectivi ai sănătății.

De asemenea, datele tabelului evidențiază asocieri semnificative între autoaprecierea sănătății și atitudinea față de școală, de stresul școlar, de acceptarea din partea colegilor și a profesorilor. Autoaprecierea calității vieții dovedește corelații semnificative cu toți factorii proveniți din mediul școlar cuprinși în analizele noastre. Astfel, ea este strâns legată de atitudinea față de școală, față de climatul social al clasei, față de acceptarea de către ceilalți elevi și de către profesori, de deschiderea acestora față de personalitatea elevilor și față de stresul școlar, deopotrivă. Alți factori protectivi, cum

sunt aprecierea constituției fizice și regularitatea exercițiilor fizice prezintă și ele corelații semnificative cu stresul școlar și cu acceptarea percepută din partea profesorilor.

Tabelul următor conține valorile corelațiilor dintre factorii mediului școlar și cei de risc privind sănătatea. Putem evidenția strânsa relație între atitudinea față de școală a elevilor și majoritatea factorilor de risc ai sănătății. Atitudinea profesorilor este strâns legată de climatul social al clasei, de frecvența consumului de alcool (bere), iar prevalența și frecvența consumului de droguri, de atitudinea față de școală, de climatul clasei, de acceptarea resimțită din partea colegilor și a profesorilor și de deschiderea acestora față de personalitatea elevilor.

În ceea ce privește factorii de risc, majoritatea acestora dovedește asocieri semnificative cu atitudinea față de școală. Totodată, frecvența consumului de droguri ilicite pare să coreleze semnificativ cu aproape toate variabilele provenite din mediul școlar.

Tabelul 5.42. Corelația dintre factorii de risc ai comportamentului de sănătate și variabilele mediului școlar

Factori de risc	Atitudinea față de școală	Stresul școlar	Climatul clasei	Acceptare școlară	Atitudinea profesorilor	Acceptarea profesorilor
Frecvența fumatului	-0,15** 0,00	-0,04 0,43	-0,05 0,29	0,03 0,51	-0,08 0,11	-0,07 0,12
Cantitatea de alcool consumat	0,21** 0,00	0,09 0,05	0,09 0,06	-0,03 0,48	0,09 0,06	0,05 0,26
Frecvența cons. de alcool (bere)	-0,20** 0,00	0,04 0,36	-0,10* 0,03	0,03 0,48	-0,06 0,22	-0,03 0,51
Frecvența cons. de alcool (vin)	0,01 0,85	0,02 0,69	-0,09 0,05	-0,03 0,59	0,03 0,59	-0,02 0,69
Frecvența cons. alc. (spirtoase)	-0,08 0,09	-0,01 0,90	-0,04 0,42	0,10* 0,03	0,04 0,35	-0,04 0,46
Prevalența cons. de droguri	0,21** 0,00	0,01 0,79	0,11* 0,02	0,03 0,47	0,03 0,50	0,01 0,88
Frecvența cons. droguri (med.)	0,20** 0,00	0,09 0,06	0,01 0,76	0,16** 0,00	0,11* 0,02	0,13** 0,00
Frec. cons. drog. (med. cu alcool)	0,15** 0,00	0,04 0,44	0,01 0,88	0,05 0,32	0,01 0,88	0,00 0,96
Frecv. cons. drog (etnobotanice)	0,22** 0,00	0,05 0,31	0,15** 0,00	0,07 0,13	0,06 0,17	0,07 0,14

** Corelația este semnificativă la nivelul de 0.01

* Corelația este semnificativă la nivelul de 0.05

Total subiecți N = 447

Relațiile de corelație semnificative ne atrag atenția asupra importanței deosebite pe care o exercită mediul școlar asupra comportamentului adolescenților. Astfel, cunoașterea acestor asocieri prezintă un interes special pentru elaborarea programelor de promovare a sănătății. Multe studii au identificat mediul școlar ca fiind una de

primă importanță pentru eficiența aplicării programelor de prevenție (Sarason și col., 1990; Mirowsky și Ross, 2003; Albert-Lőrincz, 2011).

În scopul obținerii unor date referitoare la relații de cauzalitate dintre variabilele analizate am utilizat în cele ce urmează metoda statistică de regresie liniară (stepwise).

Analizele noastre statistice au dovedit că autoaprecierea calității vieții, ca factor protectiv al sănătății, prezintă strânse legături cu factorii mediului școlar (tabelul 5.41). Pentru a stabili care dintre acești factori au calitate de predictor ai nivelului ridicat al aprecierii calității vieții în rândul adolescenților am folosit metoda stepwise a regresiei multiple. În cadrul acestei metode, am introdus mai întâi *acceptarea școlară* (modelul I) care a explicat 3,4 % din varianța autoaprecierii calității vieții ($F = 15,68$, $p = 0,000$), apoi *atitudinea față de școală* (modelul II), și *stresul școlar* (modelul III). Cei trei factori împreună explică 9 % din varianța autoaprecierii calității vieții. Autoaprecierea calității vieții a fost, astfel, asociată unei *acceptări școlare ridicate*, a unei *atitudini favorabile față de școală* și a unui *stres școlar scăzut* (tabelul 5.43).

Tabelul 5.43. Regresia multiplă stepwise a predictorilor autoaprecierii calității vieții din mediul școlar (sunt incluși doar predictorii semnificativi)

Variabila	R multiplu	B	Eroarea standard	Beta	t	Semnificația valorii t
Acceptare școlară	0,185 ^a	-0,255	0,084	-0,139	-3,019	0,003
Atitudinea față de școală	0,227 ^b	-0,208	0,095	-0,101	-2,191	0,029
Stres școlar	0,300 ^c	-0,429	0,099	-0,201	-4,330	0,000

a. Predictor: (Constant), Acceptare școlară

b. Predictor: (Constant), Acceptare școlară, Atitudinea față de școală

c. Predictor: (Constant), Acceptare școlară, Atitudinea față de școală, Stres școlar

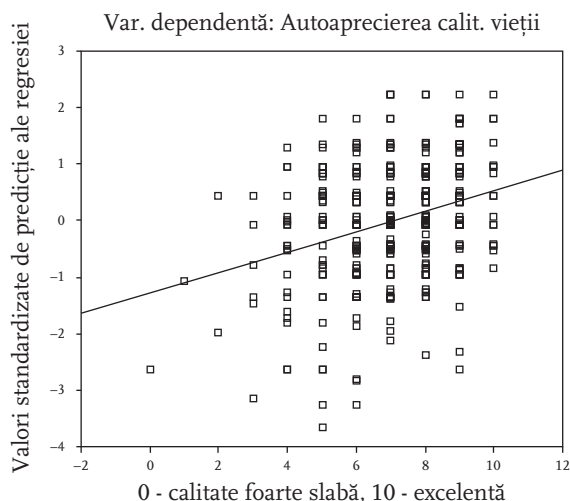


Figura 5.6. Modelul regresiei multiple stepwise a autoaprecierii calității vieții în funcție de factorii mediului școlar

Alături de relațiile surprinse între variabilele analizate, am dorit să diferențiem efectele *climatului* favorabil sau nefavorabil a clasei de elevi, perceput de către adolescenții din eșantionul nostru, a *atitudinii* favorabile sau nefavorabile a elevului față de școală, sau sentimentului de *acceptare* sau de neacceptare din partea profesorilor și a colegilor, respectiv impactul nivelului scăzut sau ridicat ale *stresului școlar*.

Vom trata în cele ce urmează factorii mediului școlar în mod diferențiat, legați de comportamentele cu risc ridicat și cu cei protectivi pentru sănătate.

Climatul social al clasei

Satisfacția școlară este considerată de cercetători, din perspectivă emoțională, ca un indicator al calității vieții în mediul școlar. Experiențele școlare pozitive sunt privite ca resurse benefice sănătății, prin evitarea riscurilor, cum sunt fumatul și consumul de alcool, iar experiențele negative (precum sentimentele de izolare, de ineficiență în rezolvarea sarcinilor școlare, tachinările din partea colegilor sau neacceptarea din partea profesorilor etc.) pot constitui factori de risc pentru sănătatea elevilor (*Dias și col., 2005; Rasmussen și col., 2005; Maes și Lievens, 2003*).

Analizele noastre statistice dovedesc strânse relații între climatul social al clasei de elevi și autoaprecierea sănătății și a calității vieții pentru factorii protectivi ai sănătății.

Conform datelor, climatul social favorabil al clasei de elevi este strâns legat de un nivel ridicat al autoaprecierii sănătății și al calității vieții.

Tabelul 5.44. Factorii protectivi ai comportamentului de sănătate în funcție de climatul clasei, perceput de către elevi (testul *t* pentru eșantioane independente)

Variabila	Climatul clasei	Medii	Deviația standard	<i>t</i>	<i>p</i>
Autoaprecierea sănătății	Favorabil	1,98	0,70	-2,25	0,026
	Defavorabil	2,24	0,74		
Autoaprecierea calității vieții	Favorabil	7,29	1,58	2,06	0,042
	Defavorabil	6,66	2,06		
Autoapreciere globală	Favorabil	29,33	5,33	1,66	0,098
	Defavorabil	27,79	6,12		
Regularitatea exercițiilor fizice	Favorabil	3,28	2,06	-0,74	0,458
	Defavorabil	3,53	2,02		
Ponderea exercițiilor fizice	Favorabil	3,68	1,49	0,39	0,695
	Defavorabil	3,58	1,79		
Autoaprecierea constituției fizice	Favorabil	3,09	0,69	-0,43	0,668
	Defavorabil	3,15	0,76		
Controlul greutateii corpului	Favorabil	2,42	1,57	0,13	0,894
	Defavorabil	2,39	1,54		
Total subiecți	N = 447 (95 percep favorabil, 62 defavorabil climatul clasei)				

Dintre factorii de risc, frecvența consumului de alcool, prevalența și frecvența consumului de droguri sunt mai ridicate în cazul adolescenților care percep un climat social defavorabil al clasei.

Tabelul 5.45. Factorii de risc ai comportamentului de sănătate în funcție de climatul clasei, perceput de către elevi (testul *t* pentru eșantioane independente)

Variabila	Climatul clasei	Medii	Deviația standard	<i>t</i>	<i>p</i>
Frecvența fumatului	Favorabil	3,22	1,21	0,95	0,344
	Defavorabil	3,03	1,23		
Cantitatea de alcool consumat	Favorabil	2,59	1,43	−1,40	0,165
	Defavorabil	2,92	1,46		
Frecvența consumului de alcool (bere)	Favorabil	3,86	1,05	2,30	0,023
	Defavorabil	3,44	1,20		
Frecvența consumului de alcool (vin)	Favorabil	3,72	0,96	1,92	0,057
	Defavorabil	3,40	1,05		
Frecvența consumului de alcool (spirtoase)	Favorabil	3,96	1,05	1,14	0,257
	Defavorabil	3,76	1,11		
Prevalența consumului de droguri ilicite (pe parcursul vieții)	Favorabil	1,23	0,63	−3,01	0,003
	Defavorabil	1,73	1,40		
Frecvența consumului de droguri ilicite (medicamente)	Favorabil	1,13	0,49	−0,24	0,811
	Defavorabil	1,15	0,47		
Frecvența consumului de droguri ilicite (medicamente cu alcool)	Favorabil	1,15	0,46	−0,55	0,586
	Defavorabil	1,19	0,60		
Frecvența consumului de droguri ilicite (etnobotanice)	Favorabil	1,09	0,46	−3,37	0,004
	Defavorabil	1,48	0,97		
Total subiecți	N = 447 (95 percep favorabil, 62 defavorabil climatul clasei)				

Datele din tabel dovedesc influența semnificativă a climatului social defavorabil al clasei de elevi asupra prevalenței consumului de droguri și a frecvenței consumului de etnobotanice.

Experiențele elevilor în mediul școlar coincid cu o perioadă de dezvoltare crucială din viața lor și influențează dezvoltarea autoaprecierii, a autopercepției și a comportamentului pozitiv pentru sănătate. Acestea, la rândul lor, vor influența starea de sănătate și satisfacția vieții viitoare ale elevilor (*Due și col., 2003; Hurrellmann și col., 1996; Samdal și col., 2000; Torsheim și Wold, 2001*). Deci contextul școlar (condițiile și relațiile sociale, instrumentele autorealizării și starea de sănătate) are o influență majoră asupra stării subiective de bine a adolescenților (*Konu, Lintonen și Rimpelä, 2002*).

Caracterul favorabil sau defavorabil al atmosferei din colectivul clasei de elevi este determinată de relațiile interpersonale și de colegialitate dintre elevi. Însă, acestea vor suferi modificări sub impactul climatului clasei. Relațiile de prietenie, de acceptare reciprocă sau dimpotrivă, de respingere din partea colegilor vor fi influențate de ca-

racterul dominant al climatului colectivității de elevi, care poate fi una protectivă, caracterizată de relații echilibrate, constructive sau de risc, caracterizată de ostilități și dușmăanii frecvente.

Deseori, atitudinea individuală a adolescentului față de școală este determinată de aceste reciprocități din mediul clasei. Stabilitatea în timp a relațiilor deficiente sau a climatului plin de stres și animozitate va deteriora în mod deosebit atitudinea școlară pozitivă și eficiența elevului.

Atitudinea față de școală

Rezultatele cercetărilor din domeniu dovedesc că experiențele școlare pozitive, determinate în mare măsură de atitudinile elevilor față de școală, sunt asociate cu un nivel mai ridicat al calității vieții a adolescenților, în timp ce experiențele școlare negative sunt legate de un nivel mai scăzut al acesteia (Zullig și col., 2001; Thorne și Espelage, 2004; Ravens-Sieberer, 2004).

Cu privire la factorii protectivi ai sănătății și la atitudinea față de școală, rezultatele noastre arată relații semnificative între variabile. Astfel, media pentru valorile răspunsurilor privind *autoaprecierea calității vieții* la copiii care au o atitudine favorabilă față de școală ($M = 7.22$, $SD = 1.61$) este semnificativ mai mare ($t = 2.31$, $DF = 445$, two-tailed $p = 0.022$) decât aceea a copiilor care au o atitudine defavorabilă față de școală ($M = 6.81$, $SD = 1.75$).

Cât privește factorii de risc, am obținut relații semnificative între atitudinea școlară defavorabilă și frecvența fumatului, a consumului de alcool și de droguri. Datele sunt cuprinse în tabelul următor.

Tabelul 5.46. Factorii de risc ai comportamentului de sănătate în funcție de atitudinea față de școală a elevilor (testul t pentru eșantioane independente)

Variabila	Atitudine față de școală	Medii	Deviația standard	t	p
Frecvența fumatului	Favorabilă	3,28	1,13	4,02	0,000
	Defavorabilă	2,78	1,32		
Cantitatea de alcool consumat	Favorabilă	2,57	1,35	-5,53	0,000
	Defavorabilă	3,38	1,46		
Frecvența consumului de alcool (bere)	Favorabilă	3,73	1,12	4,22	0,000
	Defavorabilă	3,23	1,14		
Frecvența consumului de alcool (vin)	Favorabilă	3,59	0,95	0,45	0,66
	Defavorabilă	3,54	0,94		
Frecvența consumului de alcool (spirtoase)	Favorabilă	4,03	0,93	3,07	0,000
	Defavorabilă	3,72	1,11		
Prevalența consumului de droguri ilicite (pe parcursul vieții)	Favorabilă	1,27	0,78	-4,18	0,001
	Defavorabilă	1,69	1,27		
Frecvența consumului de droguri ilicite (medicamente)	Favorabilă	1,05	0,22	-3,99	0,008
	Defavorabilă	1,22	0,68		

Variabila	Atitudine față de școală	Medii	Deviația standard	<i>t</i>	<i>p</i>
Frecvența consumului de droguri ilicite (medicamente cu alcool)	Favorabilă	1,10	0,40	-3,86	0,003
	Defavorabilă	1,31	0,70		
Frecvența consumului de droguri ilicite (etnobotanice)	Favorabilă	1,14	0,55	-5,15	0,000
	Defavorabilă	1,54	1,09		
Total subiecți	N = 447 (324 elevi cu atit. favorabilă, 123 cu atit.defavorabilă)				

Atitudinea față de școală prezintă, deci, relații semnificative și față de factorii de risc ai sănătății, evidențiind că adolescenții care au o atitudine defavorabilă față de școală prezintă niveluri mai ridicate ai factorilor cu risc pentru sănătate.

Conform rezultatelor noastre, atitudinea pozitivă față de școală cuprinde înclinația spre un comportament pozitiv de sănătate, în timp ce atitudinea negativă față de școală atrage după sine un comportament predominant cu risc pentru sănătate. Însă, atitudinea față de școală poate fi influențată în mod pozitiv prin activități de promovare ale competențelor sociale și prin asigurarea unui mediu școlar care să fie benefic dezvoltării și eficienței elevilor. În mod indirect, aceste programe vor contribui la apărarea sănătății mintale și fizice, la echilibrul emoțional al elevilor de vârsta adolescenței.

Stresul școlar

Sentimentul de presiune sau stresul din cauza activității școlare este considerat a fi o componentă importantă a adaptării școlare (Torsheim și Wold, 2001). Studiile au dovedit că în timp ce stresul legat de școală se regăsește în mod individual, el este, de asemenea, o caracteristică a contextului școlar mai larg. Astfel, stresul perceput în activitățile școlare este legat de cerințele educaționale provenite din partea părinților și ale profesorilor, deopotrivă (Vieno și col., 2004).

Rezultatele analizelor noastre cu privire la legăturile dintre factorii protectivi ai sănătății și nivelul de stres perceput de către elevi sunt cuprinse în tabelul următor. În scopul diferențierii dintre nivelurile ridicate sau scăzute ale stresului școlar perceput de către elevi, am deosebit cele două grupuri în funcție de răspunsurile lor date la întrebarea „În ce măsură te simți copleșit de sarcinile școlare zilnice?”. Răspunsurile elevilor au constatat în alegerea dintre variantele: *deloc, puțin* (însulate ca nivel scăzut de stres școlar perceput), *destul de mult și foarte mult* (însulate ca nivel ridicat de stres școlar perceput).

Tabelul 5.47. Factorii protectivi ai comportamentului de sănătate în funcție de stresul școlar perceput de către elevi (testul *t* pentru eșantioane independente)

Variabila	Stres școlar perceput	Medii	Deviația standard	<i>t</i>	<i>p</i>
Autoaprecierea sănătății	Nivel scăzut	2,10	0,72	-2,97	0,003
	Nivel ridicat	2,30	0,68		

Variabila	Stres școlar perceput	Medii	Deviația standard	<i>t</i>	<i>p</i>
Autoaprecierea calității vieții	Nivel scăzut	7,34	1,56	4,10	0,000
	Nivel ridicat	6,67	1,76		
Autoapreciere globală	Nivel scăzut	29,25	4,96	4,20	0,000
	Nivel ridicat	27,08	5,61		
Regularitatea exercițiilor fizice	Nivel scăzut	3,09	1,88	2,10	0,037
	Nivel ridicat	3,51	2,09		
Ponderea exercițiilor fizice	Nivel scăzut	3,60	1,50	−0,16	0,877
	Nivel ridicat	3,63	1,49		
Autoaprecierea constituției fizice	Nivel scăzut	3,02	0,76	−2,15	0,032
	Nivel ridicat	3,19	0,76		
Controlul greutateii corpului	Nivel scăzut	2,19	1,37	−2,14	0,028
	Nivel ridicat	2,50	1,52		
Total subiecți	<i>N</i> = 447 (292 cu un nivel scăzut, 155 cu un nivel ridicat de stres)				

Media răspunsurilor privind *autoaprecierea sănătății*, a copiilor care nu resimt/re-simt în mică măsură stresul școlar ($M = 2.10$, $SD = 0.72$) este semnificativ mai favorabilă ($t = -2.97$, $DF = 445$, two-tailed $p = 0.003$) decât aceea a copiilor care resimt un nivel ridicat al stresului școlar ($M = 2.30$, $SD = 0.68$). De asemenea, nivelul ridicat al stresului școlar prezintă corelații semnificative cu scăderea autoaprecierii asupra calității vieții și asupra autoaprecierii globale cu nivelul scăzut al regularității exercițiilor fizice, al aprecierii constituției fizice și al preocupărilor privind controlul greutateii corpului.

Adolescenții care resimt un nivel ridicat al stresului în activitățile lor școlare recurg mai frecvent la alcool și încearcă deseori fumatul ca metodă de reducere a tensiunilor psihice. Mediile privind frecvența fumatului adolescenților care percep un nivel ridicat al stresului ($M = 1.25$, $SD = 0.48$) sunt semnificativ mai favorabile ($t = 2.16$, $DF = 445$, two-tailed $p = 0.030$) decât cele ale celor care percep un nivel mai scăzut de stres ($M = 1.36$, $SD = 0.50$). De asemenea, mediile privind consumul de alcool ($M = 3.02$, $SD = 1.39$) au valori semnificativ mai ridicate ($t = -2.42$, $DF = 445$, two-tailed $p = 0.020$), comparativ cu mediile celor care nu resimt stresul școlar la un nivel așa de ridicat ($M = 2.69$, $SD = 1.43$).

Nivelul perceput al stresului școlar dovedește asocieri cu majoritatea factorilor protectivi și de risc ale sănătății. În analizele corelaționale de la subcapitolul 5.3.3. (vezi tabelul 5.41 pp. 154) am evidențiat de asemenea asocierile dominante ale stresului școlar cu factorii comportamentului de sănătate.

Asemănător stresului provenind din alte surse, nivelul ridicat al stresului școlar se asociază cu o gamă largă de rezultate legate de sănătate și starea de confort, incluzând autopercepția scăzută a stării de sănătate, calitatea vieții mai scăzută și o satisfacție școlară scăzută, alături de creșterea nivelului simptomelor somatice și psihologice raportate (Ravens-Sieberer și col., 2004).

Rezultatele noastre conturează o imagine complexă a problemicii studiate, care ar merita să fie abordată în programele de educație și de promovare a comportamentelor de sănătate. Astfel, amintim – alături de dezvoltarea flexibilității modalităților de

coping – dezvoltarea competențelor sociale ale adolescenților în scopul interacționării eficiente cu părinții lor, implicarea lor în formarea climatului clasei de elevi, efectuarea unor acțiuni prosoziale în petrecerea timpului cu colegii, dar și scăderea și menținerea stresului școlar la un nivel scăzut, asigurarea unui mediu școlar de acceptare și construirea unei atitudini pozitive față de școală.

Putem observa că o mare parte a variabilelor enumerate poartă o puternică caracteristică socială și este legată de mediul școlar. Aceste aspecte ne atrag atenția asupra importanței optimizării relațiilor sociale din mediul școlar în special, experiențele câștigate în acest context fiind determinanții comportamentelor de sănătate ale adolescenților.

Acceptarea școlară

Acceptarea din partea colegilor de clasă este considerată un exemplu bine cunoscut al suportului social provenit din mediul școlar, influențând, de asemenea, climatul general al clasei de elevi (*Torsheim și col., 2000*). Suportul colegilor de clasă a fost descris ca un factor important în dezvoltarea identității adolescenților. Cercetătorii privesc suportul și acceptarea de către colegii de clasă ca un indicator al conectivității adolescenților la viața școlară, dovedind că această formă de suport are un efect direct asupra sănătății lor în contextul școlar (*Thompson și col. 2006; Torsheim și Wold, 2001*).

Analizele noastre au dovedit asocieri semnificative între autoaprecierea calității vieții și acceptarea școlară. Subiecții care s-au perceput ca fiind respinși de către colegii lor au raportat un nivel semnificativ mai scăzut de autoapreciere a calității vieții decât colegii lor mai comunicativi.

Tabelul 5.48. Factorii protectivi ai comportamentului de sănătate în funcție de acceptarea școlară a elevului de către grupul de colegi (testul *t* pentru eșantioane independente)

Variabila	Acceptare școlară	Medii	Deviația standard	<i>t</i>	<i>p</i>
Autoaprecierea sănătății	Acceptat	2,12	0,71	−0,46	0,644
	Respins	2,20	0,83		
Autoaprecierea calității vieții	Acceptat	7,29	1,57	3,84	0,001
	Respins	5,85	2,23		
Autoapreciere globală	Acceptat	29,02	4,82	1,85	0,065
	Respins	26,85	7,84		
Regularitatea exercițiilor fizice	Acceptat	3,34	2,03	−0,77	0,444
	Respins	3,70	2,03		
Ponderea exercițiilor fizice	Acceptat	3,59	1,48	0,41	0,681
	Respins	3,45	1,67		
Autoaprecierea constituției fizice	Acceptat	3,02	0,75	−0,16	0,872
	Respins	3,05	0,94		
Controlul greutateii corpului	Acceptat	2,15	1,36	−0,32	0,748
	Respins	2,25	1,52		
Total subiecți	N = 297 (277 acceptați, 20 respinși)				

Dintre factorii de risc ai sănătății, frecvența fumatului, cea a consumului de alcool și de droguri s-a dovedit semnificativ mai ridicată în cazul adolescenților respinși de către colegii lor.

Tabelul 5.49. Factorii de risc ai comportamentului de sănătate în funcție de acceptarea școlară a elevului de către grupul de colegi (testul t pentru eșantioane independente)

Variabila	Acceptare școlară	Medii	Deviația standard	<i>t</i>	<i>p</i>
Frecvența fumatului	Acceptat	3,15	1,21	−2,21	0,028
	Respins	3,75	0,64		
Cantitatea de alcool consumat	Acceptat	2,85	1,46	1,03	0,303
	Respins	2,50	1,47		
Frecvența consumului de alcool (bere)	Acceptat	3,52	1,17	−1,39	0,165
	Respins	3,90	1,12		
Frecvența consumului de alcool (vin)	Acceptat	3,61	0,95	0,29	0,769
	Respins	3,55	0,69		
Frecvența consumului de alcool (spirtoase)	Acceptat	3,88	1,00	−2,25	0,025
	Respins	4,40	0,82		
Prevalența consumului de droguri ilicite (pe parcursul vieții)	Acceptat	1,37	0,94	−0,36	0,720
	Respins	1,45	1,00		
Frecvența consumului de droguri ilicite (medicamente)	Acceptat	1,05	0,23	−5,42	0,001
	Respins	1,50	1,10		
Frecvența consumului de droguri ilicite (medicamente cu alcool)	Acceptat	1,15	0,42	−0,95	0,344
	Respins	1,25	0,72		
Frecvența consumului de droguri ilicite (etnobotanice)	Acceptat	1,23	0,77	−1,49	0,137
	Respins	1,50	1,00		
Total subiecți	N = 297 (277 acceptați, 20 respinși)				

Studiile susțin, de asemenea, că acceptarea colegilor de clasă se asociază cu o gamă largă de factori legați de mediul școlar, așa cum sunt motivația școlară, autoeficiența sau violența școlară. Ea are consecințe pe termen lung asupra factorilor sănătății, precum acuzele legate de diferite simptome somatice și psihologice și starea psihosocială generală de bine (*Vieno și col., 2004; Vieno și col., 2005; Nansel și col., 2004*).

Studiile care s-au centrat pe relațiile dintre factorii mediului școlar, analizând acceptarea colegilor și climatul social dominant în clasa de elevi au surprins unele asocieri interesante între variabilele amintite. Rezultatele lor dovedesc că în clasele de elevi caracterizate în general de comportamente de retragere, de evitare, elevii s-au dovedit mai singuratici în jocurile lor și s-a observat un nivel mai scăzut al interacțiunilor sociale. Astfel, preferințele sau acceptarea din partea colegilor sunt determinate și de climatul clasei, alături de normele comunității școlare și de specificurile determinate de sexul elevilor.

De aceea, climatul din clasele școlare silențioase, liniștite, caracterizate de un nivel scăzut al interacțiunilor poate favoriza comportamente în mod tradițional mai feminine, implicând mai multe discuții în grupuri mici. În schimb, în clasele caracterizate de un nivel scăzut al comportamentelor prosociale interacțiunile vor fi în mod predominant specific „masculine”, incluzând grupuri de joacă mai extinse și stiluri de interacțiune caracterizate de manifestări verbale sau fizice mai accentuate.

Deci, cercetările ajung la concluzia că la nivel individual manifestarea ostilității sau a comportamentului prosocial constituie predictorii semnificativi în ceea ce privește *preferințele și acceptarea elevului de către colegi*. La nivelul clasei de elevi, atât comportamentele ostile, cât și cele de retragere s-au dovedit semnificativ influențate de manifestarea agresivității școlare (Michael și Ben-Zur, 2007).

Cu privire la analizele diferențelor de sex, studiile aduc dovezi conform cărora fetele și băieții prezintă diferențe în ceea ce privește acceptarea agresivității din partea grupului de elevi de aceeași vârstă. Este larg acceptată din partea cercetătorilor observația conform căreia la nivelul societății, în general, comportamentul agresiv este relativ nonnormativ pentru fete, în timp ce la băieți agresivitatea deseori este privită ca o strategie de a crește dominanța sau statutul lor printre colegi. Cu toate acestea există dovezi concludente că agresivitatea constituie un predictor negativ al preferințelor arătate de colegi, atât în cazul băieților, cât și în cel al fetelor (Stormshak, Bierman, Bruschi, Dodge, Coie și The Conduct Problems Prevention Research Group, 1999).

Atât la băieți, cât și la fete, comportamentul prosocial s-a dovedit a fi un predictor pozitiv al numărului și al reciprocității preferințelor sociale. În colectivitățile de elevi caracterizate de un nivel scăzut al comportamentelor prosociale, fetele au fost mai sociabile decât băieții, astfel că sexul elevilor, alături de trăsăturile lor prosociale, au fost predictive pentru preferințele arătate de colegii lor. Comportamentul social implică abilități mai dezvoltate de interacțiuni sociale, răspunsuri interpersonale sensibile și disponibilitatea ridicată față de alții, ceea ce, la rândul lor, facilitează acceptabilitatea socială din partea colegilor, în contextul școlar (Tyc, Nuttbrock-Allen, Klosky și Ey, 2004).

În concordanță cu cercetările prezentate anterior, rezultatele noastre privind studiul diferențelor de sex au arătat că media pentru valorile răspunsurilor la variabila *acceptarea colegilor* în cazul fetelor ($M = 1.80$, $SD = 0.96$) este semnificativ mai ridicată ($t = -2.25$, $DF = 445$, two-tailed $p = 0.025$) decât cea a băieților ($M = 1.60$, $SD = 0.89$). Astfel, fetele, având un comportament prosocial mai elaborat, beneficiază de o acceptare școlară semnificativ mai ridicată, comparativ cu băieții. Totodată, conform rezultatelor noastre, fetele sunt mai puțin predispuse la adoptarea unor comportamente cu risc pentru sănătate, decât băieții.

Atitudinea profesorilor față de elevi

Dintre relațiile interpersonale din mediul școlar *relația profesor-elev* s-a dovedit a fi una cu cele mai multe implicații cu privire la comportamentul de sănătate al elevilor (vezi tabelul 5.41, subcap. 5.3.3.). Percepțiile elevilor cu privire la acceptarea din partea profesorilor lor contribuie în mod semnificativ la creșterea nivelului calității vieții lor, dar și la frecvența adoptării unor comportamente de risc, cum sunt fumatul sau consumul de alcool.

Conform datelor noastre, atitudinea apropiată, deschisă a profesorilor față de elevi a dovedit influențe semnificative asupra autoaprecierii calității vieții. Astfel, adolescenții care și-au perceput profesorii ca fiind predominant apropiați de ei au raportat un nivel semnificativ mai ridicat al calității vieții, față de colegii lor cu percepții distante ale profesorilor lor.

Tabelul 5.50. Factorii protectivi ai comportamentului de sănătate în funcție de atitudinea profesorilor față de elevi (testul t pentru eșantioane independente)

Variabila	Atitudinea profesorilor	Medii	Deviația standard	<i>t</i>	<i>p</i>
Autoaprecierea sănătății	Apropiată	2,02	0,65	-1,60	0,112
	Distantă	2,19	0,76		
Autoaprecierea calității vieții	Apropiată	7,62	1,42	3,06	0,003
	Distantă	6,86	1,89		
Autoapreciere globală	Apropiată	29,08	5,95	1,22	0,223
	Distantă	27,96	5,80		
Regularitatea exercițiilor fizice	Apropiată	3,10	2,12	-0,23	0,816
	Distantă	3,17	1,97		
Ponderea exercițiilor fizice	Apropiată	3,92	1,61	1,12	0,264
	Distantă	3,64	1,57		
Autoaprecierea constituției fizice	Apropiată	3,16	0,80	-0,42	0,672
	Distantă	3,21	0,71		
Controlul greutateii corpului	Apropiată	2,44	1,51	0,21	0,834
	Distantă	2,39	1,48		
Total subiecți	N = 183 (61 elevi apreciază ca apropiată, 122 ca distantă)				

În ceea ce privește factorii de risc ai sănătății, apropierea profesorilor este strâns legată de un nivel mai scăzut al frecvenței fumatului, al cantității de alcool consumat și al frecvenței consumului de droguri (medicamente și etnobotanice). Acești factori de risc prezintă niveluri semnificativ mai ridicate la elevii care își percep profesorii ca fiind distanți față de ei.

Tabelul 5.51. Factorii de risc ai comportamentului de sănătate în funcție de atitudinea profesorilor față de elevi (testul t pentru eșantioane independente)

Variabila	Atitudinea profesorilor	Medii	Deviația standard	t	p
Frecvența fumatului	Apropiată	3,24	1,15	2,58	0,011
	Distantă	2,89	1,30		
Cantitatea de alcool consumat	Apropiată	2,70	1,41	-2,46	0,014
	Distantă	3,07	1,44		

Variabila	Atitudinea profesorilor	Medii	Deviația standard	<i>t</i>	<i>p</i>
Frecvența consumului de alcool (bere)	Apropiată	3,60	1,14	0,12	0,903
	Distantă	3,58	1,18		
Frecvența consumului de alcool (vin)	Apropiată	3,58	0,94	0,27	0,787
	Distantă	3,56	0,97		
Frecvența consumului de alcool (spirtoase)	Apropiată	3,94	0,97	−0,06	0,954
	Distantă	3,95	1,03		
Prevalența consumului de droguri ilicite (pe parcursul vieții)	Apropiată	1,34	0,90	−1,80	0,073
	Distantă	1,53	1,08		
Frecvența consumului de droguri ilicite (medicamente)	Apropiată	1,06	0,31	−2,06	0,041
	Distantă	1,18	0,59		
Frecvența consumului de droguri ilicite (medicamente cu alcool)	Apropiată	1,14	0,42	−0,92	0,361
	Distantă	1,20	0,68		
Frecvența consumului de droguri ilicite (etnobotanice)	Apropiată	1,18	0,63	−2,30	0,023
	Distantă	1,41	1,01		
Total subiecți	N = 183 (61elevi apreciază ca apropiată, 122 ca distantă)				

Interpretând aceste rezultate, putem susține că apropierea sau dimpotrivă, distanța percepută de către elevi din partea profesorilor conturează experiențele școlare pozitive sau negative. Acestea însă, la rândul lor, vor determina formarea unei imagini de sine școlare, care va cuprinde aprecieri și evaluări ale eficienței și ale abilităților proprii cu privire la atingerea unui nivel de performanță dorit. Deci, este ușor de înțeles mecanismul prin care atitudinea profesorilor își exercită impactul asupra atitudinii elevului față de școală și față de adoptarea comportamentelor protective pentru sănătatea lor.

Acceptarea personalității elevilor de către profesori

În perioada școlară elevii își formează o percepție despre acceptarea personalității lor din partea profesorilor. Această percepție implică uneori adoptarea unor modalități diferențiate de educație din partea profesorilor, dar și formarea și dezvoltarea unei atitudini de acceptare necondiționată a personalității elevului (îndeosebi în cazul elevilor de vârste mai mici care prezintă dificultăți de învățare sau deficiențe ale atenției). În ceea ce privește adolescența, însăși vârsta și caracteristicile din această perioadă impun anumite ajustări ale metodelor de educație, și uneori ale limitărilor școlare mai mult sau mai puțin riguroase. Neadaptarea acestor atitudini la specificurile adolescenței și, în special, la personalitatea în formare a elevului va conduce la experiențe de neînțelegere, la stări de frustrare și la creșterea nivelului de stres. La rândul lor, aceste rezultate determină adoptarea și frecvența ridicată a comportamentelor de risc sau de protecție a stării de sănătate.

Acceptarea personalității elevilor din partea profesorilor se dovedește strâns legată de nivelurile ridicate ale autoaprecierii sănătății, a calității vieții, a autoaprecierii globale, a constituției fizice și a controlului greutateii corpului.

Tabelul 5.52. Factorii protectivi ai comportamentului de sănătate în funcție de acceptarea personalității elevilor de către profesori (testul t pentru eșantioane independente)

Variabila	Acceptarea profesorilor	Medii	Deviația standard	<i>t</i>	<i>p</i>
Autoaprecierea sănătății	Acceptare	2,03	0,66	-2,67	0,008
	Neacceptare	2,27	0,66		
Autoaprecierea calității vieții	Acceptare	7,31	1,39	2,28	0,024
	Neacceptare	6,85	1,57		
Autoapreciere globală	Acceptare	29,61	5,32	3,72	0,001
	Neacceptare	26,91	5,41		
Regularitatea exercițiilor fizice	Acceptare	3,55	1,95	1,74	0,083
	Neacceptare	3,10	1,91		
Ponderea exercițiilor fizice	Acceptare	3,45	1,37	-1,74	0,084
	Neacceptare	3,79	1,50		
Autoaprecierea constituției fizice	Acceptare	3,01	0,68	-2,05	0,042
	Neacceptare	3,22	0,83		
Controlul greutateii corpului	Acceptare	2,21	1,39	-2,08	0,039
	Neacceptare	2,62	1,50		
Total subiecți	<i>N</i> = 232 (89 elevi se consideră acceptați, 143 neacceptați)				

Conform datelor obținute, elevii care se simt acceptați de către profesori raportează o stare de sănătate mai bună, o calitate a vieții mai ridicată și o autoapreciere globală favorabilă. În același timp, elevii acceptați își apreciază mai favorabil constituția fizică și sunt preocupați de controlul greutateii corpului lor. Astfel, putem afirma că *acceptarea personalității elevilor din partea profesorilor* constituie un factor important, provenit din mediul școlar, care influențează puternic comportamentul de protecție a sănătății adolescenților.

Nu am obținut diferențe statistice semnificative la factorii de risc ai comportamentului de sănătate în funcție de acceptarea personalității elevilor de către profesori.

Însă, studiile din domeniu evidențiază importanța cunoașterii cât mai bune a elevului și adoptarea unor modalități eficiente de predare-instruire pentru dezvoltarea personalității lor (Adams, 2005; Diclemente și col., 2009; Sarafino, 2011).

5.3.4. Implicațiile participării la altercațiile din mediul școlar asupra sănătății adolescenților

Studiul agresivității manifestate în mediul școlar a constituit un aspect important în ceea ce privește argumentele cercetătorilor și teoriile aduse în discuție în lucrarea de

față. Astfel, în stabilirea obiectivelor ne-am centrat și pe analiza acestui fenomen, tratat ca o prioritate în majoritatea cercetărilor legate de comportamentul de risc al adolescenților din zilele noastre (*Olweus 1984, Ortega, R., Mora, Merchán, J.A. și Jäger, T. Eds. 2007*).

Redăm în primul rând variabilele analizate și procentajul aferent din întregul eșantion analizat.

Tabelul 5.53. Variabile studiate

Variabila	Categoria	N	%
Asumarea rolului de victimă într-o altercație	Niciodată	343	76,7
	1–2 ori/lună	76	17,0
	2–3 ori/lună	8	1,8
	Săptămănal	10	2,2
	De mai multe ori/săpt.	10	2,2
Asumarea rolului de agresor într-o altercație	Niciodată	319	71,4
	1–2 ori/lună	106	23,7
	2–3 ori/lună	7	1,6
	Săptămănal	7	1,6
	De mai multe ori/săpt.	8	1,8
Frecvența implicării în altercații (bătăi)	Niciodată	372	83,2
	O dată	32	7,2
	De două ori	24	5,4
	De trei ori	5	1,1
	De mai mult de trei ori	14	3,1
Total subiecți	N = 447		

Analizând agresivitatea școlară în funcție de factorii protectivi ai sănătății, am obținut diferențe semnificative în privința *regularității efectuării exercițiilor fizice* ($t = -3.14$, $DF = 445$, two-tailed $p = 0.002$) și *ponderii exercițiilor fizice* ($t = 4.75$, $DF = 445$, two-tailed $p = 0.000$). Astfel, elevii care nu se implică frecvent în situații conflictuale efectuează, în mod regulat, un număr mai mare de exerciții fizice.

În ceea ce privește factorii de risc, aceștia s-au dovedit semnificativ mai ridicați la adolescenții deseori implicați în altercații școlare față de colegii lor neimplicați în ele. Astfel, am obținut diferențe semnificative legate de fumat, de frecvența și de cantitatea consumului de alcool și de prevalența și frecvența consumului de droguri. Datele sunt cuprinse în tabelul de mai jos.

Tabelul 5.54. Factorii de risc ai comportamentului de sănătate în funcție de implicarea elevilor în altercații școlare (testul t pentru eșantioane independente)

Variabila	Implicare în altercații	Medii	Deviația standard	t	p
Frecvența fumatului	Neimplicați	3,24	1,16	3,56	0,001
	Implicați	2,67	1,30		

Variabila	Implicare în altercații	Medii	Deviația standard	<i>t</i>	<i>p</i>
Cantitatea de alcool consumat	Neimplicați	2,68	1,41	-3,90	0,000
	Implicați	3,37	1,38		
Frecvența consumului de alcool (bere)	Neimplicați	3,72	1,10	5,15	0,000
	Implicați	2,99	1,19		
Frecvența consumului de alcool (vin)	Neimplicați	3,61	0,94	1,78	0,076
	Implicați	3,40	0,96		
Frecvența consumului de alcool (spirtoase)	Neimplicați	4,01	0,96	2,76	0,007
	Implicați	3,64	1,07		
Prevalența consumului de droguri ilicite (pe parcursul vieții)	Neimplicați	1,34	0,92	-1,98	0,050
	Implicați	1,61	1,10		
Frecvența consumului de droguri ilicite (medicamente)	Neimplicați	1,08	0,37	-1,39	0,169
	Implicați	1,17	0,55		
Frecvența consumului de droguri ilicite (medicamente cu alcool)	Neimplicați	1,13	0,50	-2,36	0,020
	Implicați	1,29	0,54		
Frecvența consumului de droguri ilicite (etnobotanice)	Neimplicați	1,20	0,67	-2,34	0,022
	Implicați	1,49	1,06		
Total subiecți	N = 447 (372 nu au fost implicați, 75 implicați în altercații)				

Rezultatele noastre evidențiază asocierea majorității factorilor de risc cu implicarea elevilor în conflictele sau în altercațiile din mediul școlar. Promovarea acțiunilor prosoziale și dezvoltarea competențelor de rezolvare pașnică a conflictelor sau dezvoltarea unei mai bune comunicări între personajele din mediul școlar pot conduce la scăderea frecvenței comportamentelor de risc.

Studiile centrate pe agresivitatea școlară (*Salmivalli și Isaac, 2005*) presupun că percepția negativă de sine și cea a colegilor crește riscul experiențelor nefavorabile cu colegii, care la rândul lor își vor modifica percepțiile legate de colegi. De asemenea, astfel de experiențe negative expun copiii în mediul școlar la victimizare. Sentimentele de neputință, lipsa aprecierii de sine, lipsa prietenilor cresc probabilitatea ca ei să devină victime ale agresivității sau ale respingerii din partea celorlalți, asociate deseori cu simptome depresive și cu nivelul scăzut al asertivității în interacțiuni.

În situațiile de conflict școlar, deseori adolescenții adoptă rolul de victimă sau, dimpotrivă, de agresor. Aceste aspecte au fost surprinse de cercetarea noastră, însă gruparea elevilor s-a efectuat în victimă – ceilalți colegi, respectiv agresori – ceilalți colegi. Considerăm importantă această diferențiere, deoarece în mediul real de viață școlară elevii nu pot fi strict grupați în victime și agresori, chiar dacă întrebarea adresată lor se referea concret la conflicte, la altercații școlare.

Rolul de „victimă” în situațiile de agresivitate școlară

Am analizat factorii protectivi ai sănătății în mod diferențiat cu privire la rolul de victimă îndeplinit de adolescenți în altercațiile școlare. Conform analizelor noastre,

autoaprecierea sănătății, a calității vieții și aprecierea globală de sine dovedesc valori semnificativ mai scăzute la adolescenții victime ale agresivităților în mediul școlar decât la colegii lor.

Tabelul 5.55. Factorii protectivi ai comportamentului de sănătate în funcție de rolul de victimă jucat de elevi într-o situație de agresivitate școlară (testul *t* pentru eșantioane independente)

Variabila	Rolul de victimă	Medii	Deviația standard	<i>t</i>	<i>p</i>
Autoaprecierea sănătății	Neagresat	2,12	0,70	-2,79	0,005
	Agresat	2,34	0,71		
Autoaprecierea calității vieții	Neagresat	7,29	1,61	4,40	0,000
	Agresat	6,49	1,68		
Autoapreciere globală	Neagresat	29,00	5,16	3,65	0,000
	Agresat	26,87	5,41		
Regularitatea exercițiilor fizice	Neagresat	3,35	2,06	-0,34	0,737
	Agresat	3,42	1,90		
Ponderea exercițiilor fizice	Neagresat	3,63	1,52	0,41	0,679
	Agresat	3,56	1,40		
Autoaprecierea constituției fizice	Neagresat	3,06	0,74	-1,03	0,305
	Agresat	3,15	0,86		
Controlul greutateii corpului	Neagresat	2,28	1,45	-0,46	0,648
	Agresat	2,36	1,36		
Total subiecți	N = 447 (343 nu au fost agresati, 104 agresati)				

În privința factorilor cu risc pentru sănătate, pentru adolescenții victime ale agresiunilor am obținut diferențe semnificative în cazul frecvenței consumului de alcool – vin ($t = -2.13$, $DF = 445$, two-tailed $p = 0.035$), spirtoase ($t = -2.23$, $DF = 445$, two-tailed $p = 0.026$) și asupra cantității de alcool consumat ($t = 2.04$, $DF = 445$, two-tailed $p = 0.042$), raportată la colegii lor. Rolul de victimă în situațiile de agresivitate școlară prezintă deci strânse legături cu frecvența și cu cantitatea de alcool consumată de către adolescenții agresati.

Datele prezentate în tabelul 5.55 sunt în conformitate cu rezultatele cercetărilor din domeniu (*Salmivalli și Isaac, 2005*) și ne arată că adolescenții care sunt agresati și devin victimele celorlalți elevi în situații de conflict școlar își apreciază în mod semnificativ *starea de sănătate* ca fiind mai nefavorabilă, *calitatea vieții* ca având un nivel mai scăzut și au o *autoapreciere* mai negativă raportată la adolescenții care nu sunt agresati. Astfel, victimele agresiunii din partea celorlalți prezintă o vulnerabilitate crescută în ceea ce privește starea lor de sănătate, dat fiind că factorii protectivi ai sănătății se află la un nivel mai scăzut în comparație cu adolescenții neagresati.

Rolul de „agresor” în situațiile de agresivitate școlară

Compararea celor două grupuri (agresori și colegii lor neagresivi) nu a evidențiat diferențe semnificative în ceea ce privește majoritatea factorilor protectivi analizați ai sănătății. Numai în cazul *autoaprecierii sănătății*, media agresorilor ($M = 2.28$, $SD = 0.69$) s-a dovedit semnificativ mai favorabilă ($t = -2.15$, two-tailed $p = 0.032$) decât în cazul celorlalți elevi ($M = 2.12$, $SD = 0.71$).

În ceea ce privește factorii de risc caracteristici adolescenților, „agresori” am obținut însă valori semnificativ mai ridicate la majoritatea variabilelor analizate. Astfel, frecvența fumatului, frecvența și cantitatea consumului de alcool și de droguri prezintă niveluri mai ridicate la adolescenții din această grupă decât la colegii lor.

Tabelul 5.56. Factorii de risc ai comportamentului de sănătate în funcție de rolul de agresor jucat de elevi într-o situație de agresivitate școlară (testul t pentru eșantioane independente)

Variabila	Rolul de agresor	Medii	Deviația standard	<i>t</i>	<i>p</i>
Frecvența fumatului	Nonagresor	3,24	1,17	2,51	0,013
	Agresor	2,91	1,26		
Cantitatea de alcool consumat	Nonagresor	2,70	1,40	−2,29	0,022
	Agresor	3,04	1,47		
Frecvența consumului de alcool (bere)	Nonagresor	3,66	1,13	2,00	0,046
	Agresor	3,42	1,17		
Frecvența consumului de alcool (vin)	Nonagresor	3,59	0,95	0,54	0,591
	Agresor	3,54	0,94		
Frecvența consumului de alcool (spirtoase)	Nonagresor	4,01	0,97	2,03	0,043
	Agresor	3,80	1,02		
Prevalența consumului de droguri ilicite (pe parcursul vieții)	Nonagresor	1,35	0,97	−1,22	0,222
	Agresor	1,48	0,91		
Frecvența consumului de droguri ilicite (medicamente)	Nonagresor	1,08	0,34	−0,98	0,328
	Agresor	1,13	0,55		
Frecvența consumului de droguri ilicite (medicamente cu alcool)	Nonagresor	1,12	0,46	−2,50	0,013
	Agresor	1,27	0,60		
Frecvența consumului de droguri ilicite (etnobotanice)	Nonagresor	1,22	0,72	−1,18	0,240
	Agresor	1,31	0,84		
Total subiecți	<i>N</i> = 447 (319 nonagresori, 128 agresori)				

Rolul de agresor are deci implicații profunde în cazul comportamentelor de risc adoptate de către adolescenți. Astfel, putem afirma că rolul de agresor este strâns asociat cu o frecvență mai ridicată a fumatului, cu o frecvență mai ridicată a consumului de alcool (bere și spirtoase), cu o cantitate mai mare de alcool consumat, dar și cu o frecvență mai ridicată de consum de medicamente luate împreună cu alcoolul.

Analiza de regresie confirmă predicția rolului de agresor în rândul adolescenților care manifestă comportamente de risc pentru doi din factorii analizați. Am introdus mai întâi *frecvența fumatului* (modelul I) care a explicat 2,2 % din varianța *rolului de agresor* ($F = 10,22$, $p = 0,001$), apoi *frecvența consumului de medicamente combinat cu alcool* (modelul II). Cei doi factori împreună explică 4,5 % din varianța factorului *rol de agresor* jucat în situații de agresivitate școlară. Astfel, rolul de agresor a fost asociat în mod determinant cu *frecvența mai ridicată a fumatului* și a *consumului mai ridicat de medicamente combinate cu alcool* (tabelul 5.57).

Tabelul 5.57. Regresia multiplă stepwise a predictorilor rolului de agresor jucat de adolescenți în situații de agresivitate școlară (sunt incluși doar predictorii semnificativi)

Variabila	R multiplu	B	Eroarea standard	Beta	t	Semnificația valorii t
Frecvența fumatului	0,150a	-8,284	0,030	-0,131	-2,804	0,005
Frecvența consumului de medicamente cu alcool	0,212b	0,282	0,087	0,152	3,248	0,001

a. Predictor: (Constant), Frecvența fumatului

b. Predictor: (Constant), Frecvența fumatului, Frecvența consumului de medicamente cu alcool

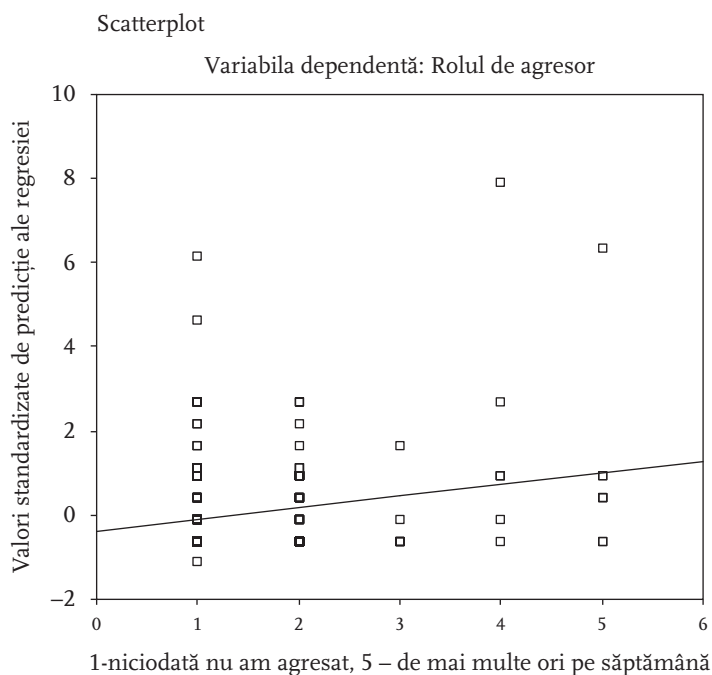


Figura 5.7. Modelul regresiei multiple stepwise a rolului de agresor jucat de adolescenți în situații de agresivitate școlară

Conștientizând implicațiile altor factor individuali, cum sunt modalitățile de coping și modul de exprimare a agresivității, aprecierea de sine sau însușirea unor modele comportamentale din familie, am considerat importantă tratarea acestei problematici în mod diferențiat. Luând în considerare *implicarea în situații de conflict școlar* a adolescenților chestionați, am analizat diferențele cu privire la *stilul de coping* utilizat de către aceștia. Rezultatele noastre arată că adolescenții care nu participă la conflictele ivite în mediul școlar au adoptat în mod predominant un stil de coping centrat pe problemă (*rezolvarea problemei – căutarea de informații*). Mediile acestor adolescenți la variabila copingului de rezolvare a problemei ($M = 6.20$, $SD = 1.69$) s-au dovedit semnificativ mai ridicate ($t = 1.97$, $DF = 445$, two-tailed $p = 0.049$) decât cele ale adolescenților deseori implicați în situații de conflict școlar ($N = 75$, $M = 5.79$, $SD = 1.55$).

Totodată, modalitatea de coping utilizată de către adolescenți diferă *și în funcție de rolul* jucat într-o situație de conflict școlar. Astfel, adolescenții care sunt deseori „*victim*” într-un conflict școlar ($N = 104$) adoptă stiluri de coping diferite față de ceilalți colegi. Mediile la variabila de coping *căutarea unui suport social* ($M = 5.58$, $SD = 1.79$) ale adolescenților agresati (victime) sunt semnificativ mai ridicate ($t = -1.98$, $DF = 445$, two-tailed $p = 0.049$) decât cele ale celor neagresati ($M = 5.17$, $SD = 1.84$). Diferențe semnificative există și în ceea ce privește *spiritul combativ sau acceptarea confruntării*, în procesul de coping, semnificativ mai scăzut la adolescenții victime ($t = 2.37$, $DF = 445$, two-tailed $p = 0.018$) decât la ceilalți elevi. Putem susține că adolescenții care sunt de regulă victime în situațiile de conflict școlar utilizează *căutarea unui suport social* mai degrabă și evită *acceptarea confruntării*.

În cazul adolescenților „agresori” ($N = 128$), aceștia utilizează *reevaluarea pozitivă* (stil de coping centrat pe problemă), ca modalitate de coping dominant. Mediile în privința *reevaluării pozitive* ($M = 4.54$, $SD = 2.39$) ale adolescenților agresori sunt semnificativ mai ridicate ($t = -2.80$, $DF = 445$, two-tailed $p = 0.005$) decât ale celorlalți elevi ($M = 3.87$, $SD = 2.25$).

Totalizând, putem susține că adolescenții care nu participă la conflictele din mediul școlar au adoptat în mod predominant un stil de coping centrat pe problemă, așa cum este *rezolvarea problemei – căutarea de informații*. Totodată, modalitatea de coping utilizată de către adolescenți diferă și în funcție de rolul jucat într-o situație de conflict școlar. Conform rezultatelor noastre, putem susține că adolescenții care sunt de regulă victime în situațiile de conflict școlar utilizează *căutarea unui suport social* și evită adoptarea modalității de *acceptare a confruntării*. În cazul adolescenților „agresori”, aceștia utilizează predominant *reevaluarea pozitivă* (stil de coping centrat pe problemă), ca modalitate de coping.

În continuare am analizat *influența agresivității* ca trăsătură de personalitate (evaluată prin AES – Anger Expression Scale) și gradul de implicare a adolescenților în conflicte școlare.

Tabelul următor redă datele obținute la nivelul și la modalitatea exprimării agresivității în funcție de implicare sau neimplicare lor frecventă în altercații școlare.

Tabelul 5.58. Nivelul și orientarea agresivității în funcție de implicarea adolescenților în altercații școlare (testul t pentru eșantioane independente)

Variabila	Implicare în conflicte	Medii	Deviația standard	<i>t</i>	<i>p</i>
Nivelul total de agresivitate (A/EX)	Neimplicați	48,61	7,87	−4,00	0,000
	Implicați	52,61	8,12		
Agresivitate reprimată (A/I)	Neimplicați	19,00	4,47	2,11	0,035
	Implicați	17,83	3,92		
Agresivitate exprimată (A/O)	Neimplicați	18,87	4,86	−3,97	0,000
	Implicați	21,35	5,30		
Total subiecți	N = 447 (372 nu au fost implicați, 75 implicați în conflicte)				

Conform rezultatelor, *nivelul de agresivitate și modalitatea de orientare a agresivității* la adolescenții *implicați în conflicte* școlare dovedesc diferențe semnificative față de ceilalți elevi. Astfel, în privința *nivelului total de agresivitate*, mediile adolescenților frecvent implicați în conflicte sunt semnificativ mai ridicate ($t = -4.00$, $p = 0.000$) decât cele ale elevilor neimplicați în astfel de situații.

Există diferențe semnificative și în cazul *agresivității reprimată, orientate spre propria persoană* (medii mai mari în cazul adolescenților neimplicați în conflicte) și a *agresivității exprimate spre exterior* (tabelul 5.58). Adolescenții care sunt frecvent implicați în situații de conflict școlar au un nivel mai ridicat al agresivității generale exprimate și al agresivității orientate spre exterior decât colegii lor care nu se implică în conflicte.

Rezultate interesante am obținut și cu privire la diferențele nivelului de agresivitate a adolescenților în funcție de *rolul lor de victimă sau agresor* în altercațiile școlare.

Adolescenții care sunt victime ale agresiunii din partea celorlalți ($N = 104$, $M = 19.63$, $SD = 4.10$) prezintă o medie semnificativ mai ridicată a agresivității orientate spre interior ($t = -2.11$, $DF = 445$, two-tailed $p = 0.029$) decât adolescenții neagresați ($M = 17.83$, $SD = 4.46$). Agresivitatea adolescenților agresați (victime ale agresiunii) este orientată predominant spre interior, acest fapt putând avea repercusiuni importante asupra stării lor de sănătate.

În schimb, adolescenții agresori ($N = 128$) dovedesc o medie a *nivelului total de agresivitate* ($M = 50.82$, $SD = 8.33$) semnificativ mai ridicată ($t = -2.58$, $DF = 445$, two-tailed $p = 0.010$) decât adolescenții nonagresori ($M = 48.66$, $SD = 7.85$). De asemenea, agresorii sunt caracterizați, în cazul factorului *agresivitate exprimată*, de medii ($M = 20.41$, $SD = 5.21$) semnificativ mai ridicate ($t = -3.04$, $DF = 445$, two-tailed $p = 0.003$) decât adolescenții nonagresori ($M = 18.83$, $SD = 4.87$). În consecință, în general agresorii dau dovadă de un nivel mai ridicat al agresivității și care este orientată predominant spre exterior comparativ cu adolescenții nonagresori.

Concluzionând, nivelul și modalitatea de orientare a agresivității dovedesc legături semnificative cu implicarea în conflicte școlare ale adolescenților. *Agresivitatea reprimată, orientată spre propria persoană*, prezintă un nivel semnificativ mai ridicat la adolescenții neimplicați în conflicte școlare. Adolescenții care sunt frecvent implicați în

situații de conflict școlar dovedesc un nivel mai ridicat al agresivității generale exprimate și a agresivității orientate spre exterior decât colegii lor. Adolescenții agresori dovedesc o medie a *nivelului total de agresivitate* semnificativ mai ridicată față de colegii lor.

Posibile explicații ale acestor rezultate pot consta în diferențele observate cu privire la deficiențele exprimării și ale reglării emoțiilor adolescenților. Acestea sunt considerate dezadaptative în măsura în care ele reflectă lipsa sau disfuncționalitatea unei anumite abilități de procesare a informațiilor sociale. Însă, în cazul copiilor victime ale agresivităților, aceste atribuții ostile sau distorsionări ale răspunsurilor date pot îndeplini funcții adaptative (*Castro, Merk, Koops, Veerman, Bosch și 2005*).

Experiențele personale legate de violențe, alături de caracteristicile anumitor medii culturale, pot fi privite ca niște factori determinanți ai mediului social care facilitează sau reglează comportamentele agresive ale adolescenților. Presiunea psihică și socială crescută poate conduce, prin dificultățile de adaptare și de coping, la deficiențe ale comportamentului prosocial și ale reacțiilor agresive mai frecvente (*Benbenishty și Astor, 2005*).

Influențele contextelor externe sunt mediate și direct influențate de către contextul interior al mediului școlar. La rândul lor, strategiile școlare cu privire la violență pot media influențele modelelor violente din experiențele anterioare. Cercetătorii subliniază că o teorie viabilă a violenței școlare trebuie să exploreze atât întrebări detaliate legate de strategii, practici, proceduri și influențe sociale în interiorul structurilor sociale, cât și impactul variabilelor individuale (*Benbenishty și Astor, 2005*).

Obstacolele care apar în calea exprimării agresivității conduc la implicarea diferitelor mecanisme utilizate în lupta împotriva noii situații. Dintr-o perspectivă psihosocială, în cele mai multe cazuri, comportamentul agresiv este perceput ca un comportament deviant, aflat în conflict cu valorile individuale sau ale comunității (familie, școală) și cu interesele factorilor sociali implicați în procesele educaționale (*Ilut, 1994*).

Totalizând, analizele noastre referitoare la variabilele provenite din mediul familial, cel școlar și cel al grupului de vârstă (precum experiențele școlare pozitive, factorii de agresivitate școlară, dar și structura familiei, comunicarea cu părinți și relațiile de prietenie) au dovedit strânse relații cu comportamentele de sănătate și cele de risc.

În același timp, însă, componentele personalității abordate în cercetarea noastră (așa cum sunt, în special, modalitățile de coping și exprimarea agresivității) fundamentează adaptarea adolescenților la mediul social (școlar, familial și al grupului de vârstă). Totodată, manifestarea agresivității în mediul școlar a fost considerată a fi strâns legată atât de comportamentul de internalizare și de externalizare ale adolescenților, cât și de autoaprecierea scăzută (*Youngblade, Theokas, Schulenberg, Curry, Huang și Novak, 2007*).

5.4. Analiza comparativă a variabilelor cuprinși în cercetare în funcție de diferențele mediului regional și cultural – verificarea ipotezei 4.

5.4.1. Factorii protectivi și de risc ai comportamentului de sănătate din perspectiva mediului socio-cultural diferit

Studiile centrate pe analizele diferențelor cultural-regionale au arătat că în fiecare societate sau comunitate se cristalizează anumite tendințe comportamentale, care vor determina timpul și efortul pe care le alocă adolescenții în scopul întreținerii stării lor de sănătate. Astfel, efectuarea de exerciții fizice, frecvența și modalitățile activităților în aer liber, plimbările sunt determinate de modelele comportamentale culturale și de caracteristicile spațiului de viață a adolescenților (Andorka 2006, De Roiste și Dineen 2005).

Normele, valorile și tendințele culturale și comportamentale, caracteristice unei anumite societăți, pot favoriza menținerea stării de sănătate a unei populații sau, dimpotrivă, prin intermediul anumitor influențe dăunătoare, o poate împiedica (Kopp și Pikó, 2003). De asemenea, adolescenții al căror nivel de opoziție față de norme și de valori este mai redus și care au o percepție pozitivă asupra sănătății proprii, vor dezvolta, în general, obiceiuri și comportamente mai sănătoase (Tyc și col., 2004).

Verificarea ipotezei menite să aducă dovezi ale diferențelor culturale legate de comportamentul de sănătate permite în același timp efectuarea unor profiluri comportamentale și de personalitate ale adolescenților cuprinși în eșantionul nostru. De asemenea, constituie interes examinarea variațiilor acelor componente care conturează contextul socio-cultural în care trăiesc adolescenții, precum sunt componența familiei, suportul persoanelor din jur, acceptarea în mediul școlar sau atitudinea lor față de școală.

În cele ce urmează vom reda reprezentările grafice ale acestor caracteristici, iar datele pe care acestea se bazează sunt cuprinse în tabelele de analiză statistică efectuate.

În tabelul 5.59 sunt cuprinse datele cu privire la diferențele dintre variabilele *structura familiei* și *suportul afectiv* oferit copiilor din partea membrilor familiei la celor două grupuri.

Rezultatele confirmă diferențe semnificative în cazul variabilei *prezența fraților* în ceea ce privește componența familiei și suportul afectiv din partea tatălui și a surorilor. Deci, la adolescenții din țara noastră am observat un nivel mai scăzut al suportului afectiv provenit din mediul familial.

Tabelul 5.59. Caracteristicile factorilor proveniți din mediul familial în funcție de contextul regional-cultural

Factorii mediului familial	Orașul	Medii	Deviația standard	<i>t</i>	<i>p</i>
Prezența mamei în familie	Eger	1.08	0.27	0.68	0.497
	Tg.Mureș	1.06	0.24		
Prezența tatălui în familie	Eger	1.27	0.45	1.56	0.118
	Tg.Mureș	1.20	0.40		

Factorii mediului familial	Orașul	Medii	Deviația standard	<i>t</i>	<i>p</i>
Prezența fraților în familie	Eger	1.25	0.43	−4.38	0.000
	Tg.Mureș	1.45	0.50		
Suport afectiv din partea mamei	Eger	1.39	0.54	−1.25	0.212
	Tg.Mureș	1.46	0.51		
Suport afectiv din partea tatălui	Eger	1.70	0.46	−2.45	0.014
	Tg.Mureș	1.81	0.40		
Suport afectiv din partea fraților	Eger	1.90	0.31	−1.26	0.207
	Tg.Mureș	1.93	0.25		
Suport afectiv din partea surorilor	Eger	1.83	0.38	−2.74	0.006
	Tg.Mureș	1.91	0.28		
Total subiecți	<i>N</i> = 447 (144 din Eger și 303 din Tg.Mureș)				

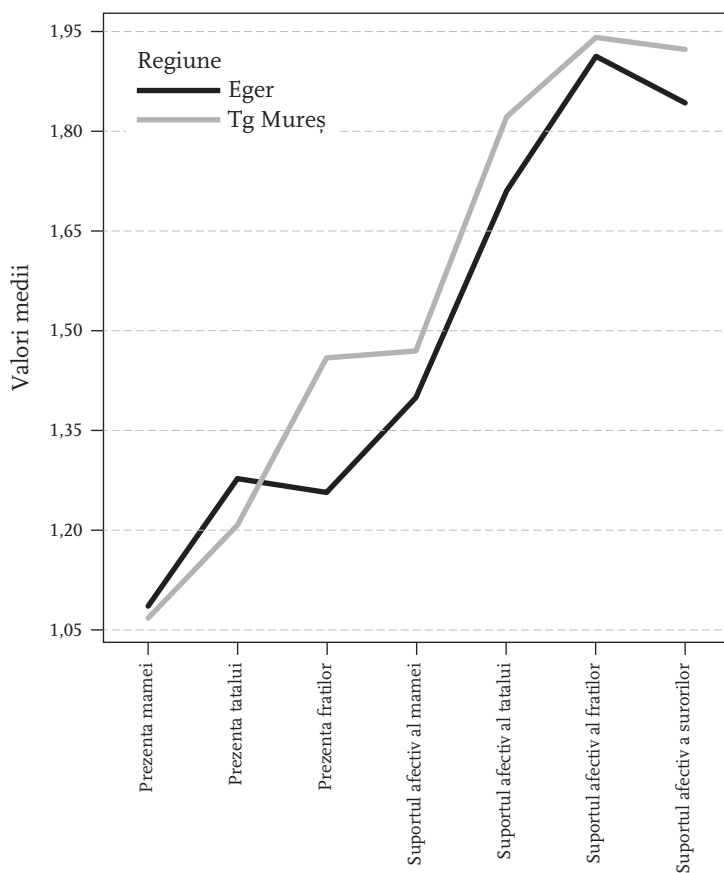


Figura 5.8. Diferențele celor două grupuri cu privire la caracteristicile factorilor proveniți din mediul familial

Diferențe interesante am observat și asupra caracteristicilor eșantionului nostru la factorii aparținând grupului de aceeași vârstă. Tabelul următor conține rezultatele analizelor statistice efectuate cu ajutorul *testului t*, dovedind diferențe semnificative între mediile răspunsurilor celor două grupuri.

Tabelul 5.60. Caracteristicile factorilor proveniți din grupul de același vârstă în funcție de contextul regional-cultural

Factorii grupului de aceeași vârstă	Orașul	Medii	Deviația standard	<i>t</i>	<i>p</i>
Suport afectiv din partea prietenilor	Eger	1.24	0.43	−3.42	0.001
	Tg.Mureș	1.40	0.49		
Numărul prietenilor (băieți)	Eger	3.48	0.81	0.43	0.668
	Tg.Mureș	3.44	0.87		
Numărul prietenilor (fete)	Eger	3.53	0.86	0.80	0.425
	Tg.Mureș	3.46	0.85		
Timp petrecut cu prietenii	Eger	4.00	1.57	−0.33	0.743
	Tg.Mureș	4.05	1.45		
Total subiecți	N = 447 (144 din Eger și 303 din Tg.Mureș)				

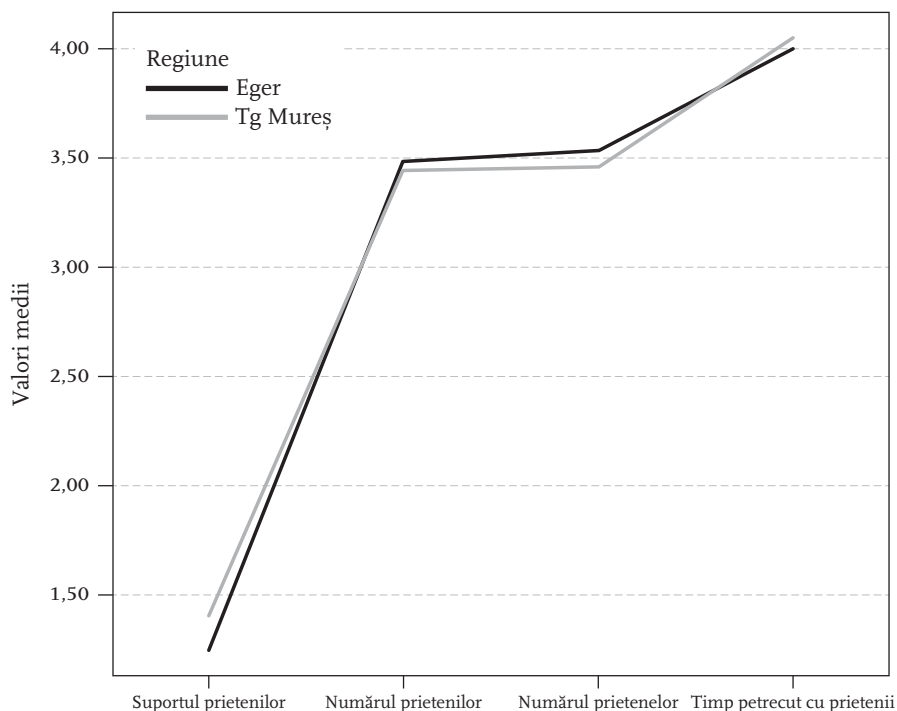


Figura 5.9. Diferențele celor două grupuri cu privire la caracteristicile factorilor proveniți din grupul de aceeași vârstă

Urmărind și figura de mai sus, putem observa diferențe semnificative numai la variabila *suportul afectiv al prietenilor*, aceasta dovedind prevalențe mai ridicate la adolescenții din orașul Eger. În ceea ce privește numărul prietenilor și timpul petrecut cu colegii, adolescenții chestionați de noi nu prezintă diferențe semnificative.

Atitudinea față de școală dovedește, de asemenea, deosebiri importante între cele două grupuri de adolescenți.

Tabelul 5.61. Caracteristicile factorilor proveniți din mediul școlar în funcție de contextul regional-cultural

Factorii mediului școlar	Orașul	Medii	Deviația standard	<i>t</i>	<i>p</i>
Atitudinea față de școală	Eger	2.03	0.79	−2.37	0.018
	Tg.Mureș	2.22	0.81		
Stresul școlar	Eger	2.29	0.83	0.10	0.921
	Tg.Mureș	2.28	0.75		
Climatul clasei	Eger	2.31	0.87	−2.20	0.028
	Tg.Mureș	2.50	0.79		
Acceptarea școlară	Eger	2.06	0.91	−2.68	0.008
	Tg.Mureș	2.31	0.90		
Atitudinea profesorilor față de elevi	Eger	3.02	0.89	−3.49	0.001
	Tg.Mureș	3.31	0.78		
Acceptarea elevilor de către profesori	Eger	2.19	0.78	−1.77	0.076
	Tg.Mureș	2.33	0.76		
Rolul de victimă	Eger	1.15	0.36	−2.98	0.003
	Tg.Mureș	1.27	0.44		
Rolul de agresor	Eger	1.28	0.64	−2.13	0.034
	Tg.Mureș	1.44	0.81		
Implicarea în altercații școlare	Eger	1.14	0.35	−1.17	0.243
	Tg.Mureș	1.18	0.39		
Total subiecți	N = 447 (144 din Eger și 303 din Tg.Mureș)				

În concluzie, putem afirma că mediul socio-cultural în care își desfășoară activitatea cele două grupuri de adolescenți este conturat în mod semnificativ de diferențe ale suportului familial, și al prietenilor. Totodată, variabilele legate de mediul școlar, precum *atitudinea față de școală*, *climatul clasei*, *acceptarea școlară*, *atitudinea profesorilor față de elevi*, dar și *rolul de victimă*, respectiv de *agresor* jucat în altercații prezintă diferențe semnificative între cele două grupe.

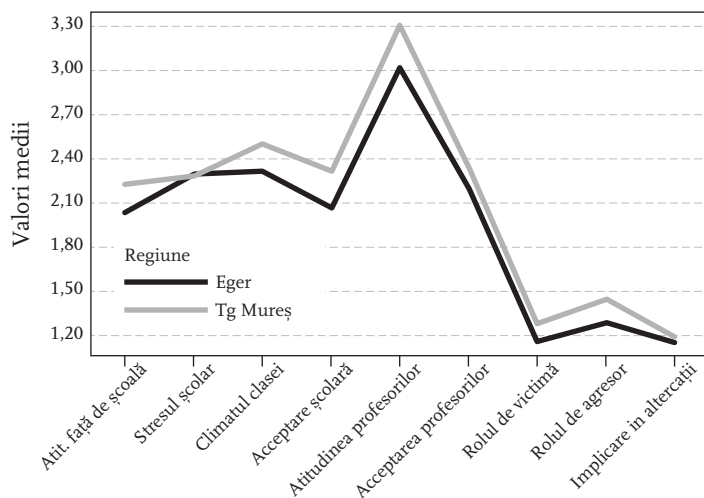


Figura 5.10. Diferențele celor două grupuri cu privire la caracteristicile factorilor proveniți din mediul școlar

În secțiunea următoare ne-am propus analiza diferențelor dintre factorii comportamentului de menținere a sănătății în funcție de mediul socio-cultural în care trăiesc adolescenții chestionați.

Tabelul următor conține diferențele dintre factorii protectivi ai sănătății la cele două grupe.

Tabel 5.62. Factorii protectivi ai comportamentului de sănătate în funcție de mediului socio-cultural diferit (testul t pentru eșantioane independente)

Factori protectivi	Orașul	Medii	Deviația standard	<i>t</i>	<i>p</i>
Autoaprecierea sănătății	Eger	2.18	0.71	0.26	0.793
	Tg.Mureș	2.16	0.71		
Autoaprecierea calității vieții	Eger	6.74	1.70	−3.22	0.001
	Tg.Mureș	7.28	1.61		
Autoapreciere globală	Eger	27.37	5.80	−3.13	0.002
	Tg.Mureș	29.04	4.95		
Regularitatea exercițiilor fizice	Eger	2.92	2.01	−3.21	0.001
	Tg.Mureș	3.57	2.00		
Ponderea exercițiilor fizice	Eger	3.92	3.46	3.09	0.002
	Tg.Mureș	1.64	1.39		
Autoaprecierea constituției fizice	Eger	3.15	0.81	1.24	0.214
	Tg.Mureș	3.05	0.74		
Controlul greutateii corpului	Eger	2.34	1.46	0.41	0.680
	Tg.Mureș	2.28	1.41		
Total subiecți	N = 447 (144 din Eger și 303 din Tg.Mureș)				

Conform datelor din tabelul de mai sus, contextul geografic și cultural a dovedit asocieri semnificative cu factorii protectivi ai sănătății, precum aprecierea calității vieții și autoaprecierea globală și, de asemenea, în privința ponderii și regularității activităților fizice la care se angajează adolescenții. Rezultatele noastre susțin că adolescenții români își percep calitatea vieții ca fiind semnificativ mai bună decât elevii orașului ungar chestionați, care însă adoptă mai multe comportamente de păstrare a sănătății în ceea ce privește numărul de exerciții fizice și efectuarea acestora în mod regulat.

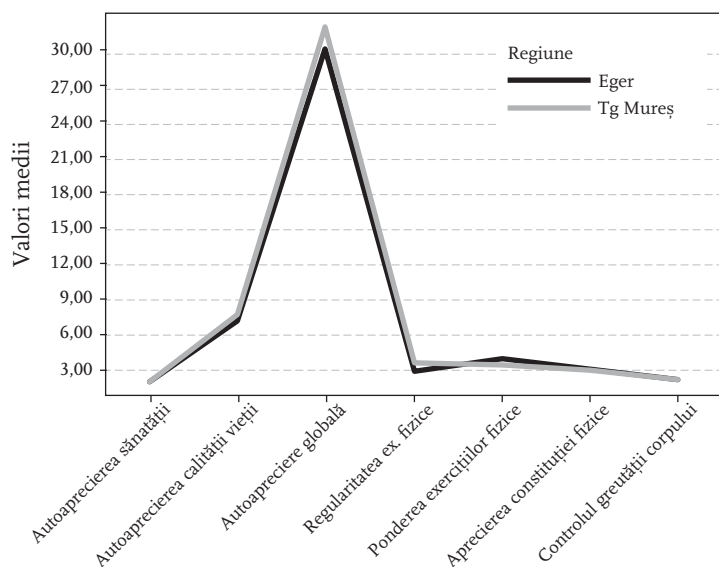


Figura 5.11. Profilul adolescenților proveniți din cele două grupuri cu privire la adoptarea comportamentelor protective pentru sănătate

În continuare am aplicat același procedură și în cazul **factorilor de risc**. În ceea ce privește factorii de risc pentru sănătate, rezultatele obținute de noi sugerează că adolescenții din Eger apelează mai frecvent la comportamente cu risc ridicat pentru sănătate. Astfel, ei au raportat o frecvență mai ridicată a fumatului, a consumului de alcool și, de asemenea, prezintă o prevalență față de consumul de droguri cu un nivel mai ridicat de risc (tabelul 5.63).

Tabel 5.63. Factorii de risc ai comportamentului de sănătate în funcție de mediul socio-cultural (testul t pentru eșantioane independente)

Variabila	Țara	Medii	Deviația standard	t	p
Frecvența fumatului	Eger	2.97	1.33	-2.19	0.029
	Tg.Mureș	3.23	1.13		
Cantitatea de alcool consumat	Eger	3.13	1.47	3.47	0.001
	Tg.Mureș	2.64	1.38		

Variabila	Țara	Medii	Deviația standard	<i>t</i>	<i>p</i>
Frecvența consumului de alcool (bere)	Eger	3.53	1.15	-0.74	0.461
	Tg.Mureș	3.62	1.15		
Frecvența consumului de alcool (vin)	Eger	3.33	0.92	-3.91	0.000
	Tg.Mureș	3.70	0.93		
Frecvența consumului de alcool (spirtoase)	Eger	3.56	1.03	-5.99	0.000
	Tg.Mureș	4.13	0.93		
Prevalența consumului de droguri ilicite (pe parcursul vieții)	Eger	1.55	0.10	2.44	0.015
	Tg.Mureș	1.31	0.06		
Frecvența consumului de droguri ilicite (medicamente)	Eger	1.09	0.04	-0.21	0.833
	Tg.Mureș	1.10	0.02		
Frecvența consumului de droguri ilicite (medicamente cu alcool)	Eger	1.25	0.67	2.57	0.010
	Tg.Mureș	1.12	0.40		
Frecvența consumului de droguri ilicite (etnobotanice)	Eger	1.30	0.08	1.01	0.312
	Tg.Mureș	1.22	0.04		
Total subiecți	N = 447 (144 din Eger și 303 din Tg.Mureș)				

Reprezentarea grafică a diferențelor dintre mediile celor două grupuri ne permite o imagine în ansamblu a comportamentelor de risc adoptate de către adolescenții din eșantionul nostru.

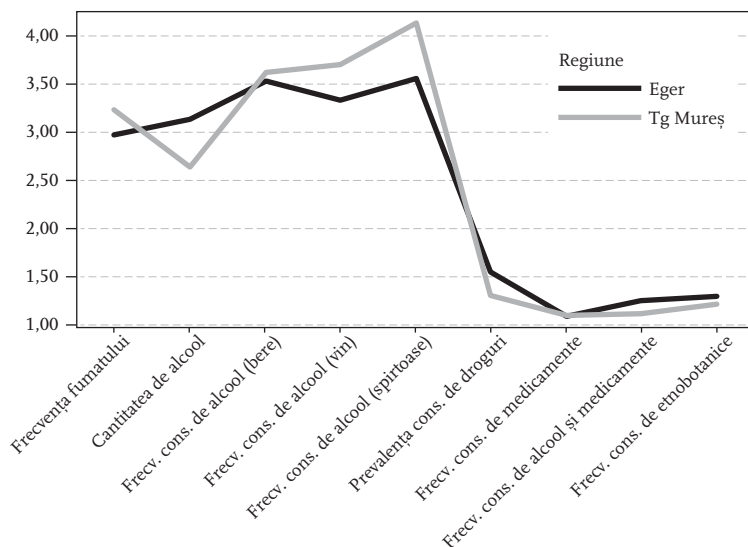


Figura 5.12. Profilul adolescenților proveniți din cele două grupuri cu privire la adoptarea comportamentelor cu risc pentru sănătate

În continuare, pentru a stabili mai exact specificitățile diferențelor dintre cele două regiuni cu impact semnificativ asupra factorilor protectivi ai sănătății am aplicat

metoda regresiei multiple stepwise. Am dorit să identificăm care dintre factorii contextuali sociali (familie, școală, grup de aceeași vârstă) din cele două regiuni cauzează diferențele specifice ale mediului socio-cultural, cu potențial impact asupra factorilor legați de sănătate. Astfel, am introdus mai întâi *nivelul de educație a tatălui* (modelul I) care a explicat 2,4 % din varianța diferențelor culturale din contextul geografic ($F = 11,09$, $p = 0,001$), apoi *suportul afectiv din partea prietenilor* (modelul II), *suportul afectiv din partea surorilor* (modelul III), *suportul afectiv din partea tatălui* (modelul IV), urmând *atitudinea profesorilor față de elevi* (modelul V) și *acceptarea școlară* (modelul VI).

Factorii enumerați explică împreună 44,3 % din varianța diferențelor socio-culturale din contextul geografic. Deci diferențele **mediului socio-cultural** în care își manifestă comportamentul de sănătate sau de risc adolescenții se datorează în mod semnificativ *nivelului de educație al tatălui, suportului afectiv al surorilor, al tatălui și al prietenilor, atitudinii favorabile a profesorilor față de elevi și acceptării școlare ridicate*.

Tabelul 5.64. Regresia multiplă stepwise a predictorilor care explică diferențele din mediul socio-cultural (sunt incluși doar predictorii semnificativi)

Variabila	R multiplu	B	Eroarea standard	Beta	t	Semnificația valorii t
Nivelul de educație a tatălui	0,156 ^a	7,029	0,023	0,140	3,118	0,002
Suport afectiv din partea prietenilor	0,223 ^b	0,169	0,044	0,172	3,822	0,000
Suport afectiv din partea surorilor	0,260 ^c	0,203	0,066	0,138	3,072	0,002
Suport afectiv din partea tatălui	0,288 ^d	0,113	0,050	0,101	2,239	0,026
Atitudinea profesorilor față de elevi	0,318 ^e	7,595	0,026	0,134	2,979	0,003
Acceptarea școlară	0,341 ^f	6,418	0,023	0,124	2,758	0,006

- Predictor (Constant): Nivelul de educație a tatălui
- Predictor (Constant): Nivelul de educație a tatălui, Suport afectiv din partea surorilor
- Predictor (Constant): Nivelul de educație a tatălui, Suport afectiv din partea surorilor, Suport afectiv din partea tatălui
- Predictor (Constant): Nivelul de educație a tatălui, Suport afectiv surori, Suport afectiv din partea tatălui, Suport afectiv din partea prietenilor
- Predictor (Constant): Nivelul de educație a tatălui, Suport afectiv surorilor, Suport afectiv tată, Suport afectiv prieteni, Atitudinea profesorilor față de elevi
- Predictor (Constant): Nivelul de educație a tatălui, Suport afectiv din partea surorilor, Suport afectiv din partea tatălui, Suport afectiv din partea prietenilor, Atitudinea profesorilor față de elevi, Acceptare școlară

Pentru o comparație mai largă, am trecut în tabelul următor câteva din datele obținute de noi în cele două regiuni, paralel cu cele ale studiului HBSC 2005/2006, publicate de *Currie și col. (2008)* (HBSC – medii europene).

Analizând procenteile obținute, bazate pe răspunsurile analizate de către noi și cele ale studiilor HBSC, observăm unele diferențe care merită o atenție deosebită. Astfel, atitudinea pozitivă față de școală este raportată de un număr de elevi mult mai redus față de cei proveniți din județul Heves sau din alte regiuni europene cuprinse în studiile HBSC. Nivelul perceput al stresului școlar este puțin mai ridicat față de adolescenții orașului Eger, dar în mare măsură mai ridicat față de mediile europene. Astfel,

stresul școlar este perceput ca fiind semnificativ mai mare, însă climatul școlar este perceput mai favorabil de către adolescenții din eșantionul nostru, față de media europeană. Acceptarea școlar percepută din partea colegilor și a profesorilor s-au dovedit de asemenea mai scăzute la adolescenții regiunii noastre.

Tabelul 5.65. Datele obținute la eșantionul nostru din cele două județe și media europeană al studiului HBSC 2008 la variabilele mediului școlar

Factori protectivi proveniți din mediul școlar	Heves (%)	Mureș (%)	HBSC (%)
Atitudinea față de școală (foarte bună)	25	16	20*
Stresul școlar (se simt stresăți de activitățile școlare)	64	66	45*
Climatul clasei (perceput ca favorabil)	85	86	62*
Acceptare școlară (percepută ca favorabilă)	69	58	62*
Atitudinea profesorilor față de elevi (percepția ca fiind favorabilă)	76	71	—**
Acceptarea personalității elevilor (percepția ca fiind favorabilă)	65	70	—**

* Sursa: Currie și col. (2008) Inequalities In Young People's Health. HBSC International Report From The 2005/2006 Survey. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

** Nu deținem date

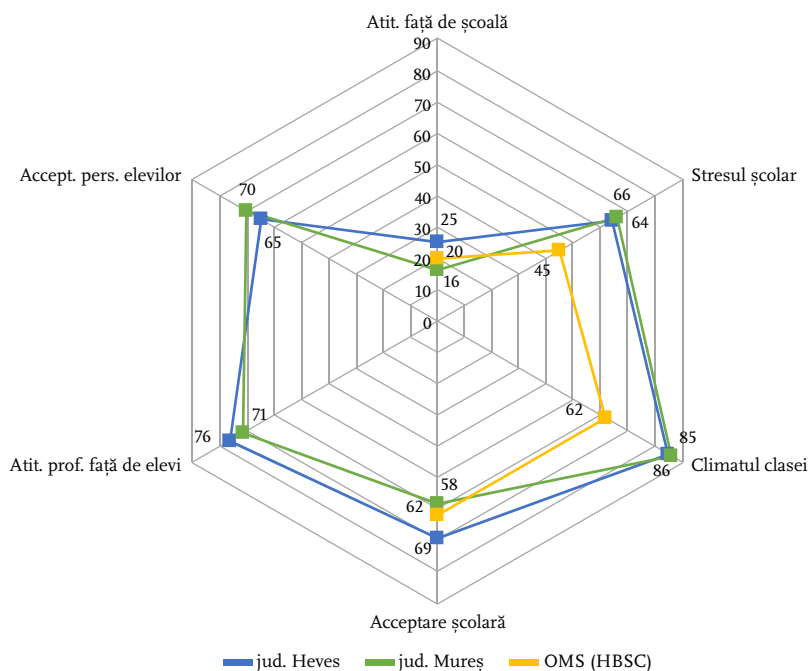


Figura 5.13. Reprezentarea grafică a frecvențelor (%) factorilor proveniți din mediul școlar ai comportamentului de sănătate la adolescenți în funcție de regiunea geografică

Datele prezentate nu oferă doar o imagine de ansamblu asupra variațiilor acestor factori, ci constituie puncte de plecare pentru planificarea și elaborarea planurilor de optimizare a mediului educațional și pot servi, în general, îmbunătățirii relațiilor cu adolescenții.

Rezultatele altor cercetări au dovedit, de asemenea, variații între diferitele țări în ceea ce privește, de exemplu, procentul de adolescenți declarându-se ca fiind nesănătoși. Cele mai ridicate procente de adolescenți care își percepeau starea de sănătate ca fiind precară au fost observate la adolescenții din Ucraina și Ungaria, în timp ce procente cele mai scăzute la adolescenții din Cehia, România și Polonia (*Page și col., 2009*).

5.4.2. Analiza factorilor de personalitate în funcție de mediul socio-cultural

Am considerat importantă analiza diferențelor legate de personalitatea adolescenților proveniți din cele două regiuni. Rezultatele obținute de către noi susțin că adolescenții din județul Mureș raportează un nivel de autoapreciere globală semnificativ mai ridicată, față de cei din orașul Eger.

Tabelul următor conține valorile medii și semnificațiile acestora.

Tabel 5.66. Nivelul de autoapreciere globală a adolescenților în funcție de contextul geografic-cultural (testul *t* pentru eșantioane independente)

Variabila	Locație geografică	Medii	Deviația standard	<i>t</i>	<i>p</i>
Autoapreciere globală (RSES)	Eger	27.37	5.80	-3.13	0.002
	Tg.Mureș	29.04	4.95		
Total subiecți	N = 447 (144 din Eger și 303 din Tg.Mureș)				

În analiza comparativă legată de *modalitățile de coping*, diferențe semnificative s-au dovedit la stăpânirea de sine, care este semnificativ mai ridicată la adolescenții din Eger și la fuga de evitare, semnificativ mai ridicată la cei din Tg. Mureș.

Este important de menționat, că la această variabilă adolescenții au prezentat mai multe similarități, ceea ce este ușor de interpretat, dacă ne gândim la factorii de dezvoltare a personalității, omogene la cele mai multe culturi.

Tabel 5.67. Strategii de coping utilizate de către adolescenți în funcție de contextul geografic-cultural (testul *t* pentru eșantioane independente)

Strategii și modalități de coping	Locație geografică	Medii	Deviația standard	<i>t</i>	<i>p</i>
I. Coping centrat pe problemă*	Eger	19,46	4,59	1.25	0.215
	Tg.Mureș	18,87	4,67		
Analiza problemei/ căutarea de informații	Eger	6,31	1,76	1.49	0.137
	Tg.Mureș	6,05	1,63		
Spirit combativ/ acceptarea confruntării	Eger	6,50	2,47	0.61	0.540
	Tg.Mureș	6,35	2,47		

Strategii și modalități de coping	Locație geografică	Medii	Deviația standard	<i>t</i>	<i>p</i>
Reevaluare pozitivă	Eger	6,65	2,00	0.863	0.389
	Tg.Mureș	6,48	2,05		
II. Coping centrat pe emoții**	Eger	12,83	3,72	0.38	0.706
	Tg.Mureș	12,69	3,76		
Stăpânire de sine	Eger	4,40	2,45	2.17	0.031
	Tg.Mureș	3,90	2,23		
Îndepărtarea/ minimalizarea amenințării	Eger	3,60	1,43	1.92	0.055
	Tg.Mureș	3,32	1,42		
Fuga de evitare	Eger	4,83	1,82	−3.48	0.001
	Tg.Mureș	5,47	1,81		
III. Căutarea unui suport social	Eger	3,94	1,39	0.84	0.400
	Tg.Mureș	3,83	1,28		
Total subiecți	N = 447 (144 din Eger și 303 din Tg.Mureș)				

* rezultat din îmbinarea factorilor: analiza problemei, spirit combativ și reevaluare pozitivă

** rezultat din îmbinarea factorilor: stăpânire de sine, îndepărtarea amenințării și fuga de evitare

Nu am observat diferențe semnificative cu privire la *nivelul și modalitatea de exprimare a agresivității* între cele două grupuri.

Conform datelor noastre, dintre componentele personalității, diferențe importante am observat în mod special la aprecierea de sine ale adolescenților din cele două grupe. În ceea ce privește modalitățile de coping utilizate și nivelul de exprimare a agresivității am obținut mai multe asemănări decât diferențe. Rezultatele studiilor centrate pe studiul modalităților de coping adoptate de adolescenți, aduc dovezi concludente asupra similarităților între diferitele medii culturale. Cercetările susțin că în această perioadă a dezvoltării, tinerii adoptă măsuri similare în confruntarea lor cu diferitele situații stresante caracteristice vârstei. Răspunsurile adolescenților date la anumite probleme sunt determinate de câmpuri ale dezvoltării, cum sunt familia, colegii, mediul școlar sau perspectivele lor de viață (*Seiffge-Krenke 1993, Pikó 2010*).

Putem afirma deci, că adolescenții celor două regiuni adoptă un comportament asemănător în adaptarea lor la cerințele mediului social. Diferențe semnificative am obținut totuși la două dintre modalitățile de coping centrate pe emoții, stăpânirea de sine și fuga de evitare.

Figura 5.14. cuprinde variabilele de personalitate cuprinse în analizele noastre.

În urma analizelor comparative prezentate, *ipoteza 4*, conform căreia factorii mediului social și cei de sănătate sunt determinanții diferențelor socio-culturale ale adolescenților din diferite regiuni a fost confirmată.

Subcapitolul precedent evidențiază raporturi importante legate de diferențele regionale și de cele ale personalității. Totodată, factorii protectivi și de risc ai sănătății prezintă valori diferite în funcție de specificurile contextului social (factori proveniți din mediul familial, precum sunt sprijinul părinților sau nivelul lor de educație; factori

proveniți din mediul școlar, așa cum ar fi acceptarea subiecților din partea colegilor sau a profesorilor, climatul social al clasei, atitudinea față de școală și factori legați de grupul de vârstă, cum ar fi numărul prietenilor și timpul petrecut cu prietenii).

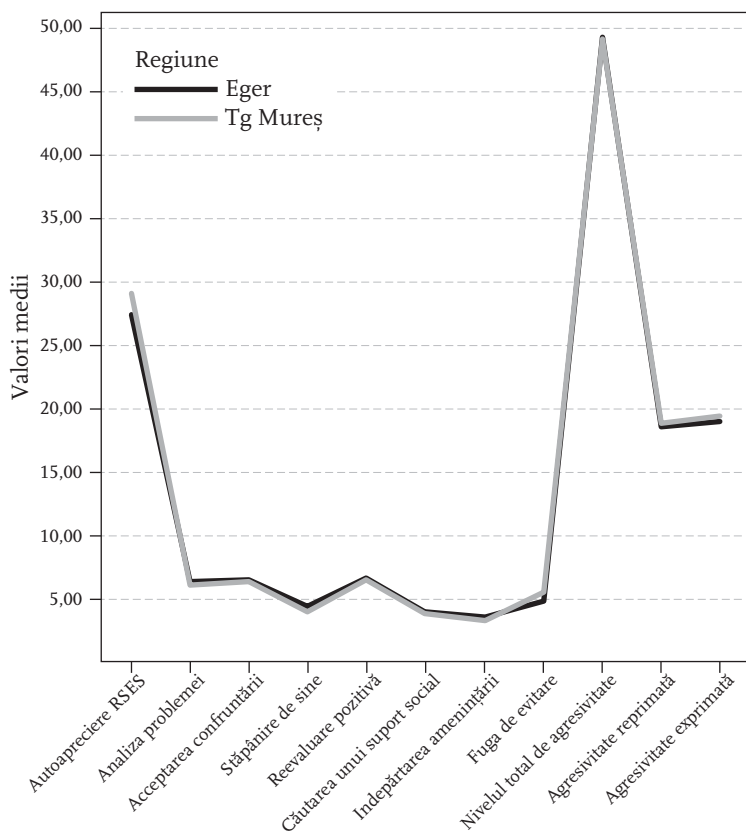


Figura 5.14. Diferențele celor două grupuri cu privire la caracteristicile factorilor de personalitate ale adolescenților

Variabilele analizate de noi, totalizate, explică o proporție semnificativă din comportamentul privitor la sănătate al adolescenților, subliniind elementele cele mai importante care ar putea fi cuprinse în programele de prevenție destinate protecției sănătății lor. Cercetările internaționale centrate pe analiza comportamentelor de sănătate ale școlarilor conțin, de asemenea, numeroase sugestii pentru elaborarea și implementarea acestor intervenții.

CONCLUZII

Cercetarea noastră conturează o imagine de ansamblu asupra diferitelor structuri sociale care determină comportamentele privitoare la sănătate și cele de risc ale adolescenților. Analiza detaliată a ipotezelor aduce dovezi convingătoare legate de diferențele după sex cu privire la factorii de sănătate și la cei de risc. Prezumțiile noastre referitoare la factorii de personalitate a adolescenților s-au dovedit pertinente și relevante pentru înțelegerea proceselor psiho-sociale asociate adoptării riscurilor sau a unui stil de viață nesănătos. Totodată, diferențele socio-culturale au surprins aspecte ale variațiilor în percepțiile suportului social, provenind atât din partea familiei, cât și din mediul școlar sau al grupului de vârstă.

Alături de cercetările internaționale din domeniu (vezi *Currie, 2008*) rezultatele noastre susțin existența diferențelor privind starea de sănătate și comportamentele legate de sănătate în funcție de sexul subiecților chestionați. Băieții prezintă un nivel semnificativ mai ridicat al autoaprecierii sănătății și o percepție mai favorabilă a corpului lor decât fetele. În urma percepțiilor mai puțin mulțumitoare, fetele depun mai multe eforturi pentru controlul greutateii lor corporale și a aspectului lor fizic decât băieții. Dintre factorii protectivi ai sănătății, nu am obținut diferențe semnificative în ceea ce privește calitatea vieții, în funcție de sexul adolescenților chestionați. În ceea ce privește factorii de risc al sănătății adolescenților din eșantionul analizat de către noi, între cele două sexe există diferențe semnificative, în special cât privește consumul de alcool. Nu am obținut însă diferențe semnificative privitor la frecvența fumatului, respectiv la prevalența și frecvența consumului de droguri, în cazul celor două sexe.

Astfel, *ipoteza 1*, care susținea existența diferențelor ce țin de sex cu privire la factorii protectivi și la cei de risc pentru sănătate a fost parțial confirmată. În urma analizelor noastre, putem susține că între băieți și fete există diferențe semnificative atât cu privire la comportamentul protectiv, cât și cel de risc pentru sănătate. Băieții au o percepție mai pozitivă asupra stării lor de sănătate, un nivel al autoaprecierii mai ridicat și o percepție mai favorabilă a imaginii corpului. Fetele, în schimb, se preocupă mai mult de controlul greutateii corporale și dovedesc un nivel mai scăzut al autoaprecierii. Totodată, adoptarea comportamentelor de risc este mai frecventă în rândul băieților, precum sunt, de exemplu, fumatul și consumul de alcool, decât în rândul fetelor.

Relațiile dintre factorii protectivi și cei de risc pentru sănătate și factorii de personalitate cuprinși în cercetarea noastră s-au dovedit, de asemenea, semnificativi. Astfel, autoaprecierea sănătății prezintă corelații semnificative cu autoaprecierea globală, cu acceptarea confruntării și cu îndepărtarea amenințării – dintre modalitățile de coping – și tot o corelație semnificativ pozitivă cu agresivitatea orientată spre propria persoană. Aprecierea calității vieții prezintă corelații semnificative cu autoaprecierea globală, iar, dintre modalitățile de coping, cu rezolvarea de probleme și cu acceptarea confruntării, iar în mod negativ cu reevaluarea pozitivă, cu îndepărtarea amenințării și cu

agresivitatea orientată spre interior. Satisfacția dată de propria constituție fizică se corelează negativ cu autoaprecierea globală, iar controlul greutateii corporale se relaționează în mod negativ cu autoaprecierea globală, cu stăpânirea de sine și cu căutarea suportului social, respectiv cu nivelul de exprimare a agresivității spre exterior am observat o corelație slabă, dar semnificativă.

Autoaprecierea globală dovedește corelații semnificative cu factorii protectivi ai sănătății, cum sunt aprecierea calității propriei vieți, autoaprecierea sănătății și angajarea în activități fizice. Rezultatele noastre sunt în conformitate cu alte studii, care susțin că nivelul ridicat al autoaprecierii contribuie la o stare de sănătate mai bună, prin funcția de atenuare a influențelor negative. În mod contrar, nivelul scăzut al autoaprecierii poate juca un rol critic în dezvoltarea unor numeroase probleme de internalizare (cum sunt simptomele depresive, anxietatea) și de externalizare (cum sunt agresivitatea, consumul de alcool și de substanțe nocive) (Mann și col., 2004).

Ipozeza 2.1. este confirmată parțial, deoarece autoaprecierea adolescenților prezintă asocieri semnificative, în special cu factorii protectivi ai sănătății, fiind determinantul principal al calității vieții.

Modalitățile de coping diferă semnificativ în funcție de sexul adolescenților, dar prezintă legături strânse și cu factorii de risc sau cu cei protectivi ai sănătății. Astfel, băieții utilizează cu precădere confruntarea, în timp ce la fete este mai frecventă utilizarea evitării și, în general, modalitățile de coping centrate pe emoții. Majoritatea factorilor de risc au dovedit corelații semnificativ pozitive cu modalitățile emoționale și cu căutarea suportului social în procesul de coping. Totodată, rezultatele noastre au evidențiat o relație importantă a factorilor de risc cu modalitățile externe de exprimare a agresivității și cu nivelul general de exprimare a acestuia.

Datele dovedesc adoptarea semnificativ mai ridicată a acceptării confruntării la băieți, iar modalitățile centrate pe emoții și evitarea sunt semnificativ predominante în cazul fetelor, aflate în eșantionul nostru. Modalitățile copingului centrat pe emoții prezintă legături semnificative cu frecvența fumatului și cu frecvența consumului de droguri (variabila medicamente și alcool). Diferențe semnificative putem observa la aprecierea calității vieții și la autoaprecierea globală în funcție de modalitățile de coping centrate pe problemă. Copingul centrat pe problemă prezintă asocieri semnificative, dintre factorii de risc ai sănătății, doar cu cantitatea consumului de alcool. *Ipozeza 2.2* a fost astfel confirmată.

Rezultatele noastre evidențiază diferențele după sex în ceea ce privește nivelul de manifestare a agresivității. Analizele statistice dovedesc diferențe semnificative între cele două grupuri. În cazul fetelor, agresivitatea îndreptată spre interior este semnificativ mai ridicată decât la băieți. Nivelul de agresivitate exprimată, prezintă diferențe semnificative în funcție de modalitățile de coping adoptate și de autoaprecierea adolescenților. Atât manifestările generale, cât și orientarea agresivității prezintă relații semnificative cu modalitățile de coping centrate pe emoții (îndeosebi îndepărtarea de la situația stresantă sau minimalizarea amenințării și evitarea) și căutarea suportului social. Nivelul scăzut al agresivității manifestate se asociază cu o apreciere pozitivă a sinelui, iar orientarea agresivității spre interior, cu o autoapreciere negativă. Datele obținute susțin că factorii protectivi ai sănătății (cum sunt autoaprecierea sănătății, autoaprecierea calității vieții și regularitatea exercițiilor fizice) prezintă corelații sem-

nificativ negative cu nivelul ridicat al agresivității reprimată. Altfel spus, cu cât adolescenții au un nivel mai ridicat de agresivitate orientată spre interior, cu atât își evaluează mai negativ starea de sănătate, calitatea vieții și efectuează mai puțin consecvent exerciții fizice. Factorii cu risc pentru sănătate se află în corelație semnificativă cu nivelul total de agresivitate, respectiv cu agresivitatea manifestată. De exemplu, toți indicatorii analizați ai consumului de substanțe nocive (prevalența consumului de droguri, frecvența consumului de medicamente, de medicamente asociate cu alcool și cu etnobotanice) se află în corelație pozitivă semnificativă cu factorul agresivitate manifestă (orientată spre exterior). Deci ipoteza 2.3. este confirmată.

Rezultatele noastre se alătură, astfel, celor publicate de studiile din domeniu, evidențiind caracterul determinant al factorilor de personalitate asupra autoaprecierii calității vieții, acesta fiind cel mai important indicator al stării generale de bine și a nivelului de sănătate a adolescenților (Diener 1984, Pressman și Cohen 2005, Hurrelmann și Richter 2006, Diong și Bishop 1999, Ravens-Sieberer și col. 2004).

Deci, dintre factorii protectivi care constituie predictorii ai sănătății adolescenților, am identificat factori cum sunt autoaprecierea calității vieții, autoaprecierea sănătății, factori ai mediului familial (prezența/absența mamei, prezența/absența tatălui, prezența/absența fraților, suportul afectiv primit din partea mamei), factori ai mediului socio-cultural (regiunea geografică), factori ce țin de mediul școlar (acceptarea școlară, atitudinea față de școală, stresul școlar), și factorii de personalitate (autoaprecierea globală, agresivitatea reprimată, acceptarea confruntării, reevaluarea pozitivă), care determină deopotrivă starea de sănătate și comportamentul legat de sănătate al adolescenților.

Pentru eficientizarea modelelor comportamentale dorite la nivel individual poate fi extrem de utilă asigurarea sprijinului social și creșterea frecvenței comportamentelor prosociale. Trecerea în revistă și analiza cercetărilor din domeniu s-au dovedit utile pentru înțelegerea consecințelor comportamentului agresiv asupra comportamentului de păstrare a sănătății (Gaspar de Matos și col., 2003; Ravens-Sieberer și col., 2004; Torsheim și col., 2004; Schnor și Volmer-Larsen Niclasen 2006).

Acceptarea și suportul din partea membrilor familiei, precum și din partea profesorilor sau a colegilor de clasă este esențială pentru adoptarea unor comportamente de sănătate ale adolescenților și pentru evitarea celor riscante.

Conform analizelor noastre, s-a dovedit că există diferențe importante între factorii de risc și cei protectivi, în funcție de structura familiei, de suportul afectiv perceput din partea părinților și de nivelul de educație a acestora. În ceea ce privește efectul numărului prietenilor și a timpului petrecut cu colegii de aceeași vârstă de către adolescenți asupra comportamentului lor de sănătate, am obținut, de asemenea, raporturi semnificative. Posibile interpretări ale relațiilor descrise pot consta în faptul că adolescenții mai singuratici, care petrec mai puțin timp cu prietenii și au în general un număr redus de prieteni, vor avea mai puține posibilități de a-și însuși modele comportamentale protective (exercițiile fizice efectuate de obicei în mijlocul prietenilor, aprecieri mulțumitoare asupra imaginii corpului și a imaginii de sine globale). În același timp, unii adolescenți se vor confrunta cu efectele nocive ale petrecerii timpului cu colegii, rezultatele dovedind variații semnificative în nivelul fumatului, al consumului de droguri și de alcool. Însă lipsa prietenilor și a timpului petrecut cu aceștia dovedesc și ele un impact semnificativ cât privește consumul de droguri. Ne putem

gândi aici la acei adolescenți care își reprimă dificultățile de relaționare prin consumul de substanțe nocive sau de alcool. Alături de aceste caracteristici, studiile subliniază că deseori adolescenții singuratici dovedesc o autoapreciere scăzută, o satisfacție a vieții mică și dispoziții depresive frecvente. Totodată, aceștia sunt mai predispuși să devină victime ale violențelor școlare (Bender și Losel, 1997; Kuntsche și Gmel, 2004).

Astfel ipoteza 3 a fost confirmată.

Din punctul de vedere al mediului socio-cultural, rezultatele noastre dovedesc diferențe semnificative în aprecierea stării de sănătate și a gradului de satisfacție dat de existență, alături de alți factori protectivi și de risc pentru sănătate, între adolescenții celor două regiuni cuprinse în cercetare, confirmând ipoteza 4 a cercetării. Însă numărul adolescenților care „au încercat” un drog până în prezent prezintă o incidență asemănătoare în cele două loturi de subiecți.

Facilitarea, din partea comunității sau a resurselor culturale, a angajării în diferite activități fizice, poate fi corelată cu angajarea scăzută a adolescenților într-o serie de comportamente provocatoare de risc. Totodată, ele contribuie astfel la întărirea rezultatelor pozitive legate de sănătate, incluzând autoaprecierea pozitivă și performanțele școlare ridicate (Nelson și Gordon-Larsen, 2006).

Rezultatele cercetării constituie repere importante pentru dezvoltarea unor programe de prevenție primară în domeniul apărării sănătății mentale a adolescenților, dar pot fi utile și în scopul planificării și a implementării unor programe de educație pentru optimizarea și eficientizarea mediului școlar.

Cercetarea noastră, alături de confirmarea ipotezelor asumate, ne-a oferit importante puncte de plecare spre partea aplicativă a rezultatelor și concluziilor, în ceea ce privește grupul nostru țintă. Intervențiile centrate pe asigurarea și pe obținerea unor rezultate foarte bune cu privire la starea de sănătate a adolescenților s-au bazat întotdeauna pe rezultatele și sugestiile cercetărilor empirice și teoretice din domeniu. Astfel, cercetarea noastră se axează pe studierea factorilor protectivi și a celor de risc prin prisma resurselor asigurate de mediul social și de viață al adolescenților. Asigurarea sprijinului social și stabilirea unui mediu pozitiv pentru sănătate sunt considerate ca fiind strâns legate de îmbunătățirea sănătății (mentale și fizice) și a stării generale de bine și din perspectiva altor studii. Acțiunile de promovare a sănătății și de prevenție a comportamentelor de risc se pot baza pe dovezi concludente cu privire la necesitatea de a cuprinde și rețelele sociale de sprijin aflate la dispoziția adolescenților. În consecință, acestea vor avea ca rezultat nivelul ridicat al stării generale de bine, ceea ce, la rândul ei, va asigura o existență generală mai sănătoasă (Piotrowski 2010, Howell, Kern și Lyubomirsky, 2007). Conform altor cercetători din domeniu, programele educaționale vizând sănătatea subliniază înlesnirea utilizării eficiente a resurselor de îngrijire a sănătății, provenite atât din surse interne – ale personalității – cât și din cele externe – relațiile de sprijin din partea membrilor familiei, a personalului școlii și a grupului de tineri de aceeași vârstă (Cockerham 2010, Bovin 2000). Implicarea rezultatelor cercetărilor în prevenția comportamentelor de risc constă în concentrarea eforturilor de prevenire atât pe factori individuali, cât și pe factorii ai mediului de conviețuire cu cei de aceeași vârstă.

Alți autori au identificat componentele-cheie ale programelor de prevenție, așa cum sunt considerarea interrelaționărilor factorilor de risc (de multe ori fumatul, consumul de alcool și de substanțe nocive, care sunt strâns asociate, alăturându-se altor

comportamente deviante), ale nevoilor individuale și contextuale deopotrivă, cu situarea programelor, în mod special în mediul școlar (deoarece performanțele și adaptarea școlară constituie un predictor important al comportamentelor legate de sănătate) și cu planificarea intervențiilor, având în vedere perioadele de tranziție, care ridică considerabil vulnerabilitatea elevilor (*Elder și col, 1999*).

Limitările cercetării pot consta în concentrarea atenției noastre asupra unei singure grupe de vârstă (17–18 ani), fiind dificil astfel de identificat prevalența și frecvența de apariție a comportamentelor cu risc pe întreaga durată a dezvoltării din perioada copilăriei și adolescenței. Deși rezultatele noastre aduc o contribuție importantă la înțelegerea factorilor de cauzalitate ai apariției comportamentelor de risc, analizele pot fi continuate, cu luarea în considerare a altor factori de personalitate și de mediu implicați.

Într-o posibilă direcție viitoare de cercetare a comportamentului vizând sănătatea la adolescenți includem efectuarea unei cercetări transversale, pe un eșantion mai mare numeric, care ne-ar putea consolida rezultatele din punct de vedere al stabilității comportamentelor protective formate în această perioadă de dezvoltare. Rezultatele ar avea astfel o valoare practică deosebită și ar putea sta la baza elaborării unor strategii și programe eficiente de prevenție.

BIBLIOGRAFIE

- Adams G.R. (2005) Adolescent Development. In: Gullotta, Th. P și Adams G.R. (eds.) *Handbook of adolescent behavioral problems: evidence-based approaches to prevention and treatment*. Springer Science + Business Media, Inc., New York.
- Adger, H. (1991). Problems of alcohol and other drug abuse in adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 12, 606–613.
- Adler N. și Matthews K. (1994). Health psychology: why do some people get sick and some stay well? *Annual Review of Psychology*, 45: 229–259.
- Adler, N.E., Boyce, T., Chesney, M.A., Cohen, S., Folkman, S., Kahn, D. și Syme, S. (1994). Socioeconomic status and health: The challenge of the gradient. *American Psychologist*, 49, 15–24.
- Ainsworth, M.D., Blehar, M., Waters, E., și Wall, S. (1978). *Patterns of attachment*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Aizen, I. și Fischbein, M., (1977) Attitude-behavior relations: A theoretical analysis and review of empirical research. *Psychological Bulletin* 84, 888–918
- Ajzen I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50: 179–211.
- Ajzen, I. (1998) *Attitudes, Personality and Behavior*. Chicago, Illinois: The Dorsey Press.
- Ajzen, I., și Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Alaedin, J.M. (2010). Do Levels of Self-Esteem and Social Support Sources Predict Aggression Among College Students? *Educational Sciences*, 37, 1: 13–26.
- Albert-Lőrincz E. (1999): *Adolescentul dezadaptat. Aspecte ale profilului psiho-sociologic al adolescenților cu probleme de adaptare*. Editura Komp-Press, Cluj-Napoca.
- Albert-Lőrincz E. (2009). *A drogfogyasztás prevenciója. Az integrált megelőzés elmélete és gyakorlata*. Kolozsvári Egyetemi Kiadó, Kolozsvár.
- Albert-Lőrincz E. (2011). *Az egészséges életviteltől a drogfogyasztó magatartásig*. Kolozsvári Egyetemi Kiadó, Kolozsvár – Loisir Könyvkiadó, Budapest.
- Alsaker F., Olweus D. (1986) Assessment of Global Negative Self-Evaluations and Perceived Stability of Self in Norwegian Preadolescents and Adolescents *The Journal of Early Adolescence*; 6; 269–278.
- Amato P.R. (1994) Father–child relations, mother–child relations and offspring psychological well-being in early adulthood. *Journal of Marriage and the Family*, 56:1031–1042.
- American Academy of Pediatrics (2000). Race/ethnicity, gender, socioeconomic status-research exploring their effects on child health: A subject review. *Pediatrics*, 105, 1349–1351.
- Andersen M.R. și col. (2002) Mothers attitudes and concerns about their children smocking: do they influence kids? *Preventive Medicine*, 34: 198–206.
- Anderson P, și Baumberg B. (2006) *Alcohol in Europe: a public health perspective. A report for the European Commission*. London, Institute of Alcohol Studies.

- Anderson, S.E., Cohen, P., Naumova, E.N., Jaques, P.F. și Must, A. (2007). Adolescent obesity and risk for subsequent major depressive disorder: Prospective evidence. *Psychosomatic Medicine*, 69, 740–747.
- Andorka, R. (2006). *Bevezetés a szociológiába*. Második kiadás, Osiris Könyvkiadó, Budapest.
- Aneshensel, C.S., și Phelan, J.C. (Eds.) (1999). *Handbook of the Sociology of Mental Health*. Springer Science+Business Media, LLC, New York.
- Armitage, C.J., și Conner, M. (2001). Efficacy of the theory of planned behaviour: A meta-analytic review. *British Journal of Social Psychology*, 40, 471–499.
- Arnett, J.J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55, 469–480.
- Ashton, J. and Seymour, H. (1988) *The New Public Health*, Milton Keynes: Open University Press.
- Aszmann, A. (Szerk.) (2003). Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása. Egészségügyi Világszervezet nemzetközi kutatásának keretében végzett magyar vizsgálat. „Nemzeti Jelentés 2002”, Országos Gyermkegészségügyi Intézet, Nemzeti Drogmegelőzési Intézet, Budapest.
- Atkinson R., și Atkinson R. (2002). *Introducere in psihologie*. Ed. Tehnică, București.
- Ausländer, W.F., Haire-Joshu, D., Rogge, M. și Santiago, J.V. (1991). Predictors of diabetes knowledge in newly diagnosed children and parents. *Journal of Pediatric Psychology*, 16, 213–228.
- Băban A., Crăciun C., Balazsi R., Ghenea D., Olsavszky V. (2007). *Romania: facing the challenge of translating research into practice – policy and partnerships to promote mental health among adolescents*, Raport OMS, România.
- Băban, A. (2002) *Psihologia sănătății: abordare psihosocială a sănătății publice*. Editura ASCR, Cluj-Napoca.
- Băban, A. (2003) *Psihologia sănătății. Domeniul clinic al psihologiei sănătății*. Curs universitar, Universitatea Babeș-Bolyai Cluj-Napoca.
- Bandura A. (1997). *Self-efficacy: The Exercise of Control*. New York: W.H. Freeman.
- Bandura, A. (1973). *Aggression: social learning analysis*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, Inc.
- Bandura, A. (2005). The growing centrality of self-regulation in Health Promotion and disease prevention. *The European Health Psychology*, 9, 1.
- Bárdos, Gy. (2011). *Az egészség zavarai – egy rendszerszemléletű pszichofiziológus gondolatai*. Hagyomány és Megújulás. A Magyar Pszichológiai Társaság Jubileumi XX. Országos Tudományos Nagygyűlése. 2011. május 25–27. Budapest.
- Barr Taylor, C., și Luce, K.H. (2003). Computer- and Internet-based psychotherapy interventions. *Current Directions in Psychological Science*, 12, 18–22.
- Baum A. și Posluszny D.M. (1999). Health psychology: mapping biobehavioral contributions to health and illness. *Annual Review of Psychology*, 50: 137–163.
- Baumister R., Leary M.R. (1995) The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117:497–529.

- Baumrind, D. (1991). Effective parenting during the early adolescent transition. In P.A. Cowen și M. Heatherington (Eds.), *Family Transitions* (pp. 111–163). Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Beck A.T., Epstein N. și Harrison R., (1983). Cognitions, attitudes and personality dimensions in depression, *British Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1, 1–16.
- Becker, H.S. (1963) *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance*. New York: Free Press.
- Behrendt, S, H.-U. Wittchen, M. Hofl er, R. Lieb, and K. Beesdo. (2009). „Transitions from First Substance Use to Substance Use Disorders in Adolescence: Is Early Onset Associated with a Rapid Escalation?” *Drug and Alcohol Dependence* 99:68–78.
- Benbenishty R. și Astor R.A. (2005) *School Violence in Context: Culture, Neighborhood, Family, School, and Gender*. Oxford University Press, New York, NY.
- Bender D., Losel F. (1997) Protective and risk effects of peer relations and social support on antisocial behaviour in adolescents from multi-problem milieus. *Journal of Adolescence*, 20: 661–678.
- Benkő Zs. (2000): A családok életmódját meghatározó társadalmi tényezők. *Szenvedélybetegségek, Addictologia Hungarica* 2000/1. 54–58.
- Berger B.G. și Tobar D.A. (2007). *Physical Activity and Quality of Life*. In Tenenbaum, G. și Eklund, R.C. *Handbook of sport psychology*. – 3rd ed. John Wiley și Sons, Inc., Hoboken, New Jersey.
- Berndt T. (1999) Friendship and friends’ influence in adolescence. In: Muss R, Porton H, eds. *Adolescent behavior and society*. Boston, MA, McGraw-Hill.
- Berndt T.J. (1996) Transitions in friendship and friends’ influence. In: Graber JA, Brook Gunn J, Petersen AC, eds. *Transition through adolescence: interpersonal domains and context*. Mahwah, NJ, Erlbaum, p. 57–84.
- Betancourt H, Flynn P. (2009). The psychology of health: physical health and the role of culture in behavior. In: Villarruel FA, Carlo G, Contreras Grau JM et al. (Eds). *Handbook of US Latino Psychology*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications (347–361).
- Beyth-Marom, R., și Fischhoff B. (1997). Adolescents’ decisions about risks: A cognitive perspective. In J. Schulenberg și J.L. Maggs (Eds.), *Health risks and developmental transitions during adolescence* (pp. 110–135). New York: Cambridge University Press.
- Beyth-Marom, R., Austin, L., Fischhoff, B., Palmgren, C., și Jacobs-Quadrel, M. (1993). Perceived consequences of risky behaviors: Adults and adolescents. *Developmental Psychology*, 29(3): 549–563.
- Bock, B.D., Graham, A.L., Sciamanna, C.N., Krishnamoorthy, J., Whiteley, J., Carmona-Barros, R.N. et al. (2004). Smoking cessation treatment on the Internet: Content, quality, and usability. *Nicotine and Tobacco Research*, 6, 207–219.
- Bonino S., Cattellino E., Ciairano S. (2003) Adolescents and Risk. *Behavior, Functions, and Protective Factors*. Springer.
- Bosma H, Jackson S, eds. (1990) *Coping and self-concept in adolescence*. Berlin, Springer-Verlag.

- Botvin, G.J. și Griffin, K.W. (2002). Life skills training as a primary prevention approach for adolescent drug abuse and other problem behaviors. *International Journal of Emergency Mental Health*, 4(1): 41–47.
- Botvin, G.J. (2000). Preventing drug use in schools: Social and competence enhancement approaches targeting individual-level etiological factors. *Addictive Behaviors*, 25, 887–897.
- Bourdieu, P. (1978). *Társadalmi egyenlőtlenségek újratermelődése*. Gondolat Kiadó, Budapest.
- Bowling, A., și Windsor, J. (2001). Towards the good life: A population survey of dimensions of quality of life. *Journal of Happiness Studies*, 2, 55–81.
- Brandon, T.H., Meade, C.D., Herzog, T.A., Chirikos, T.N., Webb, M.S., și Cantor, A.B. (2004). Efficacy and cost-effectiveness of a minimal intervention to prevent smoking relapse: Dismantling the effects of amount of content versus contact. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 797–808.
- Brassai, L., Pikó, B. (2007). Protektív pszichológiai jellemzők szerepe a serdülők egészséggel kapcsolatos magatartásában. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 8, 3: 211.227.
- Breslow R.A. and Smothers B.A. (2005) Drinking Patterns and Body Mass Index in Never Smokers. National Health Interview Survey, 1997–2001. *American Journal of Epidemiology* 161, 4: 368–376.
- Broman, C.L. (1993). Social relationships and health-related behavior. *Journal of Behavioral Medicine*, 16, 335–350.
- Brown B.B. și Klute C. (2003) Friendships, cliques, and crowds. In: Adams G.R., Berzonsky M.D., eds. *Handbook of adolescence*. Oxford, Blackwell, p. 330–348.
- Brown B.B. (2004) Adolescents' relationships with peers. In: Lerner RM, Steinberg L, eds. *Handbook of adolescent psychology*. New Jersey, Wiley, p. 364–394.
- Brownell, K.D. (1991). Personal responsibility and control over our bodies: When expectation exceeds reality. *Health Psychology*, 10, 303–310.
- Brunswick, A. (1991) 'Health and substance use in adolescence: Ethnic and gender perspectives', in R.Lerner, A.Petersen and J.Brooks-Gunn (Eds) *Encyclopedia of Adolescence*, Vol 1, New York: Garland Press.
- Buda B. (2004). *A lélek közegészségtana*, Animula Kiadó, Budapest.
- Bunton R., Nettleton S. și Burrows R. (2005). *The Sociology of Health Promotion: Critical analysis of consumption, lifestyle and risk*. London: Routledge.
- Burbach, D. și Peterson, L. (1986). Children's concepts of physical illness: A review and critique of the cognitive-developmental literature. *Health Psychology* 5: 307–325.
- Burstroem B, Fredlund P. (2001) Self-rated health: is it a good predictor of subsequent mortality among adults in lower as well as in higher social classes? *Community Health*, 55: 836–840.
- Campbell, J. (1975) Illness is a point of view: The development of children's concepts of illness, *Child Development* 46: 92–100.
- Carver Ch. S., (2011) *Coping*. In Contrada R., Baum, A. The handbook of stress science: biology, psychology, and health. Springer Publishing Company, LLC, New York.

- Chassin L., Pitts S. și Prost J. (2002) Binge drinking trajectories from adolescence to emerging adulthood in a high-risk sample: predictors and substance abuse outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(1): 67–78.
- Chilcoat H.D., Breslau N. și Anthony J.C. (1996). Potential barriers to parent monitoring: Social disadvantage, marital status, and maternal psychiatric disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35 (12), 1673–1682.
- Cockerham, C.W. (2007). *Social Causes of Health and disease*. Polity Press, Cambridge.
- Cockerham, W.C (2005). Health lifestyles theory and convergence of agency and structure. *Journal of Health and Social Behavior*, 41, 56–61.
- Cockerham, W.C. (ed.) (2010). *The New Blackwell Companion to Medical Sociology*. Blackwell Publishing Ltd, Oxford.
- Cockerham, W.C., Abel, T., Lüschen, G. (1993) Max Weber, formal Rationality, and Health Lifestyles. In *Sociological Quarterly*, 34: 413–435
- Coie, J.D., Watt, N.F., West, S.G., Hawkins, J.D., Asamow, J.R., Markman, H.J., și col. (1993). The science of prevention: A conceptual framework and some directions for a national research program. *American Psychologist*, 48, 1013–1022.
- Cole, M., și Cole, S.R. (1997). *Fejlődésléktan*, Osiris Kiadó, Budapest.
- Committee on Health and Behavior (2001). *Health and behavior. The interplay of biological, behavioral, and societal influences*. National Academy Press, Washington.
- Compas, B.E., Connor-Smith, J.K., și Jaser, S.S. (2004). Temperament, stress reactivity, and coping: Implications for depression in childhood and adolescence. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 21–31.
- Comstock, G. (2008). A Sociological Perspective on Television Violence and Aggression. *American Behavioral Scientist* 51: 1184.
- Conner M. și Norman P. (1996). (eds.) *Predicting Health Behaviour*. Buckingham, UK: Open University Press.
- Conrad, P., Leiter, V. (2003) *Health and Health Care as Social Problems*. Rowman și Littlefield publishers, Inc., Lanham.
- Copeland, J., și Martin, G. (2004). Web-based interventions for substance use disorders: A qualitative review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 26, 109–116.
- Covey L.S. și Tam D. (1990) Depressive Mood, the Single-Parent Home, and Adolescent Cigarette Smoking. *American Journal of Public Health*, 80, 11: 1330–1333.
- Crepaz N. și Marks, G. (2001). Are negative affective states associated with HIV sexual risk behaviors? A meta-analytic review. *Health Psychology*, 20 (4), 291–299.
- Crick, N.R., și Dodge, K.A. (1996). Social information-processing mechanisms on reactive and proactive aggression. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 67(3): 993–1002.
- Crockett L.J. și Petersen A.C. (1993). Adolescent development: Health risks and opportunities for health promotion. In S.G. Millstein, A.C. Petersen și E.O. Nightingale (Eds.), *Promoting the health of adolescents: New directions for the twenty-first century* (pp. 13–37). New York: Oxford University Press.
- Crockett, L.J. (1997). Cultural, Historical, and Subcultural Contexts of Adolescence: Implications for Health and Development. In Schulenberg, J., Maggs, J.L., Hurrelmann, K. (eds.): *Health Risks and Developmental Transitions During Adolescence*. New York: Cambridge University Press.

- Crouter A.C. și Bumpus M.F. (2001) Linking Parents' Work Stress to Children's and Adolescents' Psychological Adjustment. *Current Directions In Psychological Science*, 10, 5: 156–159.
- Csibi S. și Csibi, M. (2011) Study of aggression related to coping, self-appreciation and social support among adolescents. *Nordic Psychology*, 63, 4: 35–55, Doi: 10.1027/1901-2276/a000044
- Csibi S., Csibi M. și Grezsa F. (2010). Az agresszió-kifejezés és a megküzdési stílus vizsgálata serdülőkorúak körében. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 11, 2, 115–128, Doi: 10.1556/Mental.11.2010.2.2.
- Cummings K.M., Becker M.H. și Maile M.C. (1980) Bringing the Models Together: An Empirical Approach to Combining Variables Used to Explain Health Actions. *Journal of Behavioral Medicine*, 3, 2: 123–145.
- Cummings, E.M., Goeke-Morey, M.C., și Dukewich, T.L. (2001). The study of relations between marital conflict and child adjustment: Challenges and new directions for methodology. In J.H. Grych și F.D. Fincham (Eds.), *Interparental conflict and child development: Theory, research, and applications* (pp. 39–63). New York: Cambridge University Press.
- Currie C., Williams J.M. (2000) Self-Esteem and Physical Development in Early Adolescence: Pubertal Timing and Body Image *The Journal of Early Adolescence* Vol. 20, No. 2, pp. 129–149, Sage Publications, Inc.
- Currie, C., Gabhainn S., Godeau E., Roberts C., Smith, R. Currie D., Pickett W., Richter M., Morgan A. și Barnekow V. (2008) *Inequalities in Young People's Health. HBSC International Report from the 2005/2006 Survey*. World Health Organization, Copenhagen.
- Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O., Rasmussen V.B. (Eds.) (2004). *Young people's health in context. Health behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2001/2002 survey*. WHO, Copenhagen.
- D'Zurilla, T.J., Chang, E.C. și Sanna, L.J. (2003). Self-esteem and social problem solving as predictors of aggression in college students. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 22, 4: 424–440.
- Dahlgren P., Whitehead A. (1991). A framework for the Determinants of Health. In *Policy and strategies to promote equity in health*. Stockholm Institute for Future Studies.
- Davies, S.L., Crosby, R.A., Diclemente, R.J. (2009). Family Influences On Adolescent Health. In Diclemente, R.J., Santelli, J.S., Crosby, R.A. (2009) *Adolescent Health. Understanding and Preventing Risk Behaviors*. Jossey-Bass, A Wiley Imprint, San Francisco, 391–410.
- De Castro B.O., Merk W., Koops W., Veerman, J.W., și Bosch J.D. (2005). Emotions in social information processing and their relations with reactive and proactive aggression in referred aggressive boys. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34 (1): 105–116.
- De Roiste A. și Dineen J. (2005) *Young people's views about opportunities, barriers and supports to recreation and leisure*. National Children's Office, Dublin.

- DeKlyen M, Speltz ML, Greenberg MT. (1998) Fathering and early onset conduct problems: positive and negative parenting, father-son attachment, and the marital context. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 1: 3–21.
- Del Carmen Granado Alcon M. și col. (2002) Greenlandic family structure and communication with parents: influence on schoolchildrens drinking behaviour. *International Journal of Circumpolar Health*, 61: 319–331.
- Department of Health and Social Security (DHSS) (1986) *Primary Health Care: An Agenda for Discussion*, London: HMSO.
- Dias SF, Matos MG, Goncalves AC. (2005) Preventing HIV transmission in adolescents: an analysis of the Portuguese data from the Health Behaviour in School-aged Children study and focus groups. *European Journal of Public Health*, 15(3):200–204.
- Diclemente, R.J., Santelli, J.S., Crosby, R.A. (2009). *Adolescent Health. Understanding and Preventing Risk Behaviors*. Jossey-Bass, A Wiley Imprint, San Francisco.
- Dielman, T., Leech, S., Becker, M., Rosenstock, I., Horvath, W. and Radius, S. (1980) Dimensions of children's health beliefs, *Health Education Quarterly* 7: 219–238.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542–575.
- Diener, E. (1994). Assessing subjective well-being: Progress and opportunities. *Social Indicators Research*, 31, 103–157.
- DiLiberti, J.H. (2000). The relationship between social stratification and all-cause mortality. *Pediatrics*, 105, 35–47.
- DioGuardi, R.J. (2003). *Self-esteem influences on change in aggressive behavior: Do high, unstable, and inflated self-appraisals promote aggression?* Dissertation, St. John's University (New York), 136 pages; AAT 3091194
- Diong, S.M., Bishop G.D. (1999). Anger expression, coping styles, and well-being. *Journal of Health Psychology*, 4(1): 81–96.
- Dodge K.A. și Pettit G. (2003). A biopsychosocial model of the development of chronic conduct problems in adolescence. *Developmental Psychology*, 39, 349–371.
- Dodge, K.A. și Somberg, D.R. (1987). Hostile attributional biases among aggressive boys are exacerbated under conditions of threats to the self. *Child Development*, 58: 213–224.
- Dodge, K.A. (1991). Emotion and social information processing. In J. Garber și K.A. Dodge (Eds.), *The development of emotion regulation and dysregulation* (pp. 159–181). New York: Cambridge University Press.
- Dodge, K.A. (1985). Facets of social interaction and the assessment of social competence in children. In B.H. Schneider, K.H. Rubin, și J.E. Ledingham (Eds.), *Children's peer relations: Issues in assessment and training* (pp. 3–22). New York: Springer-Verlag.
- Donovan, J.E., Jessor, R. și Costa F.M. (1991). Adolescent health behavior and conventionality-unconventionality: an extension of problem-behavior theory. *Health Psychology*, 10, 1: 52–61.
- Doyle P. și col. (2010) Health Behaviour in School-aged Children: What do children want to know? Health Promotion Research Centre, National University of Ireland Galway.

- Doyle, P., Kelly, C., Cummins, G., Sixsmith, J., O'Higgins, S., Molcho, M. și Nic Gabhainn, S. (2010). *Health Behaviour in School-aged Children: What do children want to know?* Dublin: Department of Health and Children.
- Dryfoos J.G. (1990) *Adolescents At Risk. Prevalence And Prevention* Oxford University Press, New York, Oxford.
- Due P și col. (2003) Socio-economic health inequalities among a nationally representative sample of Danish adolescents: the role of different types of social relations. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57: 692–698.
- Duncan, S.C., Strycker, L.A. și Duncan, T.E. (1999). Exploring associations in developmental trends of adolescent substance use and risky sexual behavior in a high-risk population. *Journal of Behavioral Medicine*, 22, 21–34.
- Durkheim, E. (1974) *Regulile metodei sociologice*, Editura Științifică, București.
- Eccles, J.S., Wigfield, A., Flanagan, C., Miller, C., Reuman, D., și Yee, D. (1989). Self-concepts, domain values, and self-esteem: Relations and changes at early adolescence. *Journal of Personality*, 57: 283–310.
- Eddy, J.M., Reid, J.B., și Fetrow, R.A. (2000). An elementary school-based prevention program targeting modifiable antecedents of youth delinquency and violence: Linking the Interests of Families and Teachers (LIFT). *Journal of Emotional și Behavioral Disorders*, 8(3): 165–176.
- Eid, M., și Diener, E. (2004). Global judgments of subjective well-being: Situational variability and long-term stability. *Social Indicators Research*, 65, 245–277.
- Elder, J.P., Ayala, G.X., și Harris, S. (1999). Theories and intervention approaches to health-behavior change in primary care. *American Journal of Preventive Medicine*, 17, 275–284.
- Erikson, E.H. (1959): *Identity and the Life Cycle*. Selected Papers. International Universities Press, Inc., New York.
- Erol R.Y. și Orth U. (2011) Self-Esteem Development From Age 14 to 30 Years: A Longitudinal Study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 101, 3: 607–619
- Fallon, B.J., și Bowles, T.V. (1997). The effects of family structure and family functioning on adolescents' perceptions of intimate time spent with parents, siblings, and peers. *Journal of Youth and Adolescence*, 26: 25–43.
- Faris, R. și Ennett, S. (2011). Adolescent aggression: The role of peer group status motives, peer aggression, and group characteristics. *Social Networks, Article in Press, Corrected Proof*, doi: 10.1016/j.socnet.2010.06.003
- Feeney, J.A. (2000). Implications of attachment style for patterns of health and illness. *Child Care, Health and Development*, 26, 277–288.
- Fiese, B.H. și Sameroff A.J. (1989). Family context in pediatric psychology: A transactional perspective. *Journal of Pediatric Psychology*, 14, 293–314
- Fischhoff B. (1992). Risk taking: A developmental perspective. In J.F. Yates (Ed.), *Risk-taking behavior* (pp. 132–162). New York: Wiley.
- Flewelling R.L. și Bauman K.E. (1990). Family structure as a predictor of initial substance use and sexual intercourse in early adolescence. *Journal of Marriage and Family*, 52, 171–181.
- Ford D.H., Lerner R.M. (1992) *Developmental system theory*. Sage, London.

- Fox K.R. (2002) The effects of exercise on self-perceptions and self-esteem. In Biddle, S.J.H. Fox K.R., Boutcher, S.H. (eds) *Physical activity and psychological well-being*. Taylor și Francis, Routledge, New York.
- Freud, S. (2005): *Studii despre isterie*. în Opere, vol. 12, Editura Trei, București.
- Friedlander, Larkin, Rosen, Palermo și Redline (2003) Decreased Quality of Life Associated With Obesity in School-aged Children. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 157: 1206–1211.
- Friedli L. (2009). *Mental health, resilience and inequalities*. World Health Organization, Copenhagen.
- Fry, D.P. și Bjorkqvist K. (1997). *Cultural variation in conflict resolution*. Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Fuligni AJ și col. (2001) Early adolescent peer orientation and adjustment during high school. *Developmental Psychology*, 37(1):28–36.
- Furlong, M.J., Smith D.C., Bates M.P. (2002) Further Development of the Multidimensional School Anger Inventory: Construct Validation, Extension to Female Adolescents, and Preliminary Norms, *Journal of Psychoeducational Assessment*; 20; 46–65
- Gabe, J.; Bury, M.; Elston, M.A. (2004) *Key Concepts in Medical Sociology*. SAGE Publications Ltd, London.
- Gaspar de Matos M. și col. (2003) Anxiety, depression and peer relationships during adolescence: results from the Portuguese National Health Behaviour in School-aged Children survey. *European Journal of Psychology of Education*, 18(1): 3–14.
- Gelhaar T., Seiffge-Krenke I., și col. (2007). Adolescent coping with everyday stressors: A seven-nation study of youth from central, eastern, southern, and northern Europe. *European Journal Of Developmental Psychology*, 4, (2): 129–156.
- Georgiou, St. și Stavriniades, P. (2008). Bullies, victims and bully-victims: Psycho-social profiles and attribution styles. *School Psychology International*, 29(5): 574–589.
- Geronimus A.T. (2003). Damned if you do: Culture, identity, privilege, and teenage childbearing in the United States. *Social Science și Medicine*, 57, 881–893.
- Giddens, A. (2000). *Sociologie*, Editura All, București.
- Gochman, D. (1971) „Some correlates of children’s health beliefs and potential health behavior”, *Journal of Health and Social Behavior* 12: 148–154.
- Gochman, D. (1988). Health behavior: Plural perspectives. in Gochman D. (Ed.) *Health behavior: Emerging research perspectives*, New York: Plenum Press.
- Goldstein, Michael S. (1999). “The Origins of the Health Movement.” In *Health, Illness, and Healing: Society, Social Context, and Self*, Kathy Charmaz and Debora A. Paterniti, eds. (pp. 31–41). Los Angeles, CA: Roxbury.
- Gonzalez, V., Goeppinger, J., și Lorig, K. (1990). Four psychosocial theories and their application to patient education and clinical practice. *Arthritis, Care, and Research*, 3, 132–143.
- Gottman, J.M., și Katz, L.F. (1989). Effects of marital discord on young children’s peer interaction and health. *Developmental Psychology*, 25, 373–381.
- Graham H și Power C. (2004) *Childhood disadvantage and adult health: a lifecourse framework*. London, Health Development Agency.
- Greeno C.G. și Wing R.R. (1994) Stress-induced eating. *Psychological Bulletin*.,115: 444–464.

- Grumbaum, J.A., Kann, L., Kinchen, S., Ross, J., Hawkins, J., Lowry, R., Harris, W.A., Mc Manus, T., Chyen D. și Collins J. (2004). Youth risk behavior surveillance: United States, 2003. *MMWR Surveillance Summaries*, 53, 1–96.
- Grunberg N.E., Shafer Berger S. și Hamilton K. R (2011) *Stress and Drug Use*. In Contrada R., Baum, A. The handbook of stress science: biology, psychology, and health. Springer Publishing Company, LLC, New York.
- Halmai R. și Németh A. (2011) Alkoholfogyasztási szokások. In Németh Á., Költő, A. *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja 2010*. Országos Gyermkegészségügyi Intézet, Budapest.
- Halmai R. și Németh A. (2011) Fizikai aktivitás és szabadidős tevékenységek. In Németh Á., Költő, A., szerk. *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja 2010*. Országos Gyermkegészségügyi Intézet, Budapest.
- Hárdi I. (1992). *A lélek egészségvédelme*. Springer Hungarica, Budapest.
- Heaven, P.C.L. (2002). *Adolescent Health. The role of individual differences*. Routledge, London.
- Hess NH și Hagen EH (2006). Sex differences in indirect aggression: Psychological evidence from young adults. *Evolution and Human Behavior*, 27: 231–245.
- Hingson, Ralph W., Timothy Heeren, and Michael R. Winter. (2006). “Age at Drinking Onset and Alcohol Dependence.” *Archives of Pediatrics și Adolescent Medicine* 160:739–746.
- Hohmann, A.A., și Shear, M.K. (2002). Community based intervention research: Coping with the “noise” of real life in study design. *American Journal of Psychiatry*, 159, 201–207.
- Holland, P., Berney, L., Blane, D., Smith, G.D., Gunnell, D.J., și Montgomery, S.M. (2000). Life course accumulation of disadvantage: Childhood health and hazard exposure during adulthood. *Social Science and Medicine*, 50, 1285–1295.
- Hollander, D. (2003). “Having Two Parents Helps.” *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 35(2):60.
- Houbre, B., Tarquinio, C. și Lanfranchi, J.P. (2010). Expression of self-concept and adjustment against repeated aggressions: the case of a longitudinal study on school bullying. *European Journal of Psychology of Education* 25: 105–123.
- Houbre, B., Tarquinio, C., Thuillier, I., Hergott, E. (2006). Bullying among students and its consequences on Health. *European Journal of Psychology of Education* 2: 183–208.
- Howell R.T., Kern M.L. și Lyubomirsky S. (2007) Health benefits: Meta-analytically determining the impact of well-being on objective health outcomes. *Health Psychology Review*, 1(1): 83–136.
- Hupkens C.L., Knibbe R.A., Van Otterloo A.H. și Drop M.J. (1998). Class differences in the food rules mothers impose on their children: A cross-national study. *Social Science and Medicine*, 47, 1331–1339.
- Hurrelmann K, Leppin A și Nordlohne E. (1996) Promoting health in schools: the German example. *Health Promotion International*, 10(2): 121–131.
- Hurrelmann, K., Richter, M. (2006). Risk behaviour in adolescence. The relationship between developmental and health problems. *Journal of Public Health*, 14: 20–28. doi: 10.1007/s10389-005-0005-5

- Hurst, D.F., Boswell, D.L., Boogard, S.E., și Watson, M.W. (1997). The relationship of self-esteem to the health-related behaviors of the patients of a primary care clinic. *Archives of Family Medicine*, 6, 67–70.
- Hwang CP, Lamb ME. (1997) Father involvement in Sweden: a longitudinal study of its stability and correlates. *International Journal of Behavioural Development*, 21: 621–632.
- Iamandescu, I.B. (2005), *Psihologie medicală*. Editura InfoMedica, București.
- Iluț, P. (1994): Comportament prosocial – comportament antisocial. În Radu, I. coord.: *Psihologie socială*. Editura Exe, Cluj-Napoca.
- Irwin C.E. Jr. și Ryan S.A. (1989). Problem behaviors of adolescence. *Pediatrics in Review*, 10, 235–246.
- Irwin C.E. Jr. (1990). The theoretical concept of at-risk adolescents. *Adolescent Medicine: State of the Art Reviews*, 1, 1–14.
- Irwin C.E., Jr. și Millstein S.G. (1986). Biopsychosocial correlates of risk-taking behaviors during adolescence. *Journal of Adolescent Health Care*, 7, 82S – 96S.
- Jaccard, J. și Dittus P. (1991). *Parent–teen communication: Toward the prevention of unintended pregnancies*. New York: Springer-Verlag.
- Jackson, S., Bijstra, J., Oostra, L., și Bosma, H. (1998). Adolescents' perceptions of communication with parents relative to specific aspects of relationships with parents and personal development. *Journal of Adolescence*, 21, 305–322.
- Jacobson, K.C., și Crockett, L.J. (2000). Parental monitoring and adolescent adjustment: An ecological approach. *Journal of Research on Adolescence*, 10, 65–97.
- Jessor R. și Jessor S.L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study in youth*. New York: Academic Press.
- Jessor R. (1976). Predicting time of onset of marijuana use: A developmental study of high school youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 125–134.
- Jessor R., Chase J.A., Donovan J.E. (1980). Psychosocial Correlates of Marijuana Use and Problem Drinking in a National Sample of Adolescents. *Am. J. Public Health* 70, 6: 604–613.
- Jessor R., Costa F., Jessor L. și Donovan J.E. (1983). Time of first intercourse: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 608–626.
- Jessor R., Van Den Bos J., Vanderryn J., Costa F.M. și Turbin M.S. (1995). Protective factors in adolescent problem behavior: moderator effects and developmental change. *Developmental Psychology*, 31, 6: 923–933.
- Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence. *Journal of adolescent health*, 12, 8: 597–605.
- Johnson P.B. și Richter L. (2002) The relationship between smoking, drinking, and adolescents' self-perceived health and frequency of hospitalization: analyses from the 1997 National Household Survey on drug abuse. *Journal of Adolescent Health*, 30: 175–183.
- Joos, S., și Hickam, D. (1990). How health professionals influence health behavior: Patient provider interaction and health care outcomes. In K. Glanz, F. Lewis, și B. Rimer (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research and practice* (pp. 216–241). San Francisco: Jossey Bass.
- Juang L.P. și Silbereisen R.K. (2002). The relationship between adolescent academic capability beliefs, parenting and school grades. *Journal of Adolescence*, 25, 3–18.

- Kaplan H.I., Sadock B.J., Grebb J.A. (1994). *Synopsis of Psychiatry*, seventh ed., Williams & Wilkins, Baltimore.
- Keating D.P. (1990). Adolescent thinking. In S.S. Feldman & G.R. Elliot (Eds.), *At the threshold: The developing adolescent* (pp. 54–89). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Kellam, S.G., Rebok, G.W., Lalongo, N., & Mayer, L.S. (1994). The course and malleability of aggressive behavior from early first grade into middle school: Results of a developmental epidemiologically-based preventive trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35: 259–281.
- Keresztes N., Pikó B. (2007). Serdülők egészségmagatartása két szociális megküzdési (coping) mechanizmus tükrében. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 62: 185–196.
- Kickbusch, I. (1986) „Health Promotion: A Global Perspective”, *Canadian Journal of Public Health*, 77, 5, 321–6.
- Knowles J.H., ed. (1977), *Doing Better and Feeling Worse*. Norton and Co., New York.
- Kohlberg, L. (1963). Moral development and identification. In Stevens, H.W. (ed.), *Child Psychology: 62nd Yearbook of the National Society for the Study of Education*, University of Chicago Press, Chicago.
- Kohler M.P. (1996). Risk-taking behavior: A cognitive approach. *Psychological Reports*, 78, 489–490.
- Kohler, C.L., Grimley, D., & Reynolds, K. (1999). Theoretical approaches guiding the development and implementation of health promotion programs. In J.M. Raczynski & R.J. DiClemente (Eds.), *Handbook of health promotion and disease prevention* (pp. 23–46). New York: Kluwer/Plenum.
- Kolip P, Schmidt B. (1999) *Gender and health in adolescence*. WHO policy series: health policy for children and adolescents. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Költő & Kökönyi (2011) Szubjektív jóllét. In Németh Á., Költő, A., szerk. *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja 2010*. Országos Gyermkegészségügyi Intézet, Budapest.
- Konu, A.I., Lintonen, T.P. & Rimpelä, M.K. (2002) Factors associated with schoolchildrens general subjective well-being. *Health Education Research*, 17 (2): 155–165.
- Koops W. (1996) Historical developmental psychology of adolescence. In: Verhofstadt-Deneve L., Kienhorst I., Braet C. (eds) *Conflict and development in adolescence*. DSWO, Leiden, pp. 1–12.
- Kopp, M. & Pikó, B. (2003): A kultúra és az életminőség kapcsolata. In Vízi Sz. (szerk.) *Civilizáció és egészség*. MTA Stratégiai Kutatások Sorozat, Budapest.
- Kristjánsson, Á.L., Sigfúsdóttir, I.D. & Allegrante, J.P. (2010). Health Behavior and Academic Achievement Among Adolescents: The Relative Contribution of Dietary Habits, Physical Activity, Body Mass Index, and Self-Esteem. *Health Educ Behav*, 37, 1: 51–64. doi: 10.1177/1090198107313481
- Kuh D & col. (2004) Socioeconomic pathways between childhood and adult health. In: Kuh DL, Ben-Shlomo Y (eds). *A Life Course Approach to Chronic Disease Epidemiology: tracing the origins of ill health from early to adult life* Oxford, Oxford University Press.
- Kulcsár, Zs. (1998): *Egészségpszichológia*, ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.

- Kuntsche E.N. și Gmel G. (2004) Emotional well-being and violence among social and solitary risky single occasion drinkers in adolescence. *Addiction*, 99(3): 331–339.
- La Greca, A.M., și Stone, W.L. (1985). Behavioral pediatrics. In N. Schneiderman și J.T. Tapp (Eds.), *Behavioral medicine: The biopsychosocial approach* (pp. 255–291). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Lable, D. (2007). Attachment with parents and peers in late adolescence: Links with emotional competence and social behavior. *Personality and Individual Differences*, 43 (5): 1185–1197.
- Langens, T.A., Mörrth, S. (2003). Repressive coping and the use of passive and active coping strategies. *Personality and Individual Differences*, 35 (2): 461–473.
- Lansford J.E., Malone P.S., Dodge K.A., Crozier J.C., Pettit G.S., Bates J.E. (2006). A 12-Year Prospective Study of Patterns of Social Information Processing Problems and Externalizing Behaviors. *J Abnorm Child Psychol* 34:715–724.
- Lashbrook J.T. (2000). Fitting in: Exploring the emotional dimension of adolescent peer pressure. *Adolescence*, 35, 277–294.
- Lau, J.T.F., Thomas, J., și Liu, J.L.Y. (2000). Mobile phone and interactive computer interviewing to measure HIV-related risk behaviours: The impacts of data collection methods on research results. *AIDS*, 14, 1277–1278.
- Lau, R. (1988) „Beliefs about control and health behavior”, in D.Gochman (Ed.) *Health behavior: Emerging research perspectives*, New York: Plenum Press.
- Lazarus, R.S. (1990). Stress, coping and illness. In: Friedman H.S. (Eds.) *Personality and disease*. 84–86. Wiley, New York.
- Lazarus, R.S., și Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R.S., Folkman, S. (1985) If it changes it must be a process. Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Pers. Soc. Psychol* 48: 150–170.
- Leffert, N., și Petersen, A.C. (1998). Healthy adolescent development: Risks and opportunities. In P.M. Kato și T. Mann (Eds.), *Handbook of diversity issues in health psychology* (pp. 117–140). New York: Plenum.
- Lerner, R.M., Castellino, D.R., Terry, P.A., Villarruel, F.A., și McKinney, M.H. (1995). A developmental contextual perspective on parenting. In M.H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting: Biology and ecology of parenting* (Vol. 2, pp. 285–309). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Lewis C. (1986) *Becoming a father*. Milton Keynes, Open University Press.
- Litman, J.A. (2006). The COPE inventory: Dimensionality and relationships with approach- and avoidance-motives and positive and negative traits. *Personality and Individual Differences*, 40 (2): 273–284.
- Lohaus, A., Vierhaus M., Ball J. (2009) Parenting Styles and Health-Related Behavior in Childhood and Early Adolescence: Results of a Longitudinal Study *The Journal of Early Adolescence* 29; 449–475
- Lonczak, H.S., Abbott, R., Hawkins, J.D., Kosterman, R. și Catalano, R.F. (2002). Effects of the Seattle Social Development Project on Sexual Behavior, Pregnancy, Birth, and Sexually Transmitted Disease Outcomes by Age 21 Years. *Archives of Pediatric și Adolescent Medicine*, 156:438–447.
- Lowery, S.E., Kurpius, S.E.R., Befort, C., Blanks, E.H., Sollenberger, S., Nicpon, M.F. și Huser, L. (2005). Body Image, Self-Esteem, and Health-Related Behaviors

- Among Male and Female First Year College Students. *Journal of College Student Development*, 46, 6: 612–623. doi: 10.1353/csd.2005.0062
- Luebbers, S., Downey, L.A., Strongh, C. (2007). The development of an adolescent measure of EI. *Personality and Individual Differences*, 42 (6): 999–1009.
- Lupu I., Zanc I. (1999). *Sociologie medicală. Teorie și aplicații*. Ed. Polirom, Iasi.
- Lynch, M., și Cicchetti, D. (1997). Children's Relationships with Adults and Peers: An Examination of Elementary and Junior High School Students. *Journal of School Psychology*, 35, 81–99.
- MacKinnon, C.E., Lamb, M.E., Belsky, J., și Baum, C. (1990). An affective-cognitive model of mother–child aggression. *Development și Psychopathology*, 2, 1–13.
- Maes L. și Lievens J. (2003) Can school make a difference? A multilevel analysis of adolescent risk and health behaviour. *Social Science and Medicine*, 56: 517–529.
- Maggs, J.L., Schulenberg, J., și Hurrelmann, K. (1997). Developmental transitions during adolescence: Health promotion implications. In J. Schulenberg, J.L. Maggs, și K. Hurrelmann (Eds.): *Health risks and developmental transitions during adolescence*. New York: Cambridge University Press.
- Mann, M., Hosman, C.M., Schaalma, H.P., de Vries, N.K. (2004). Selfesteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. *Health Education Research*, 19, 357–372.
- Marcia J.E. (1980) Identity in adolescence. In: Adelson J (ed) *Handbook of adolescent psychology*. Wiley, New York.
- Marlatt G.A., Baer J.S., Donovan D.M. și Kivlahan D.R. (1988). Addictive behaviors: Etiology and treatment. *Annual Review of Psychology*, 39, 223–252.
- Marlatt, G.A. și Witkiewitz, K., ed. (2009). *Addictive Behaviors*. Washington DC: American Psychological Association.
- Marshall, S.J. și Biddle, S.J.H. (2001) The transtheoretical model of behavior change: a meta-analysis of applications to physical activity and exercise, *Annals of Behavioral Medicine*, 23, 229–46.
- Martikainen P, Bartley M, Lahelma E (2002) Psychosocial determinants of health in social epidemiology. *International Journal of Epidemiology* 31(6):1091–3.
- Martyn, P., Penckofer S., Gulanick, M., Velsor-Friedrich, B. și Bryant, F.B. (2009). The relationships among self-esteem, stress, coping, eating behavior, and depressive mood in adolescents. *Res Nurs Health* 32, 1: 96–109. doi: 10.1002/nur.20304
- Marx, K. (1844) 'Economic and philosophical manuscripts', in *Early Writings*, with an introduction by Lucio Colletti. Harmondsworth: Penguin, 1973.
- Matarazzo, J.D., Weiss, S.M., Herd, J.A., și Miller, N.E. (1984). *Behavioural health: A handbook of health enhancement and disease prevention*. New York: Wiley.
- May, S., și West, R. (2000). Do social support interventions ("buddy systems") aid smoking cessation? A review. *Tobacco Control*, 9, 415–422.
- McCrae, R.R. și Costa, P.T. Jr (1987) Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers, *Journal of Personality and Social Psychology*, 54: 81–90.
- Mcgee, R. și Williams, S. (2000). Does low self-esteem predict health compromising behaviours among adolescents? *Journal of Adolescence*, 23, 5: 569–582. doi: 10.1006/jado.2000.0344.

- McGee, Z.T., și Baker, S.R. (2002). Impact of violence on problem behavior among adolescents: Risk factors among an urban sample. *Journal of Contemporary Criminal Justice*, 18, 74–93.
- McNeil, A.D., Jarvis, M.J., Stapleton, J.A., Russell, M.A.H., Eiser, J.R., Gammage, P. and Gray, E.M. (1988) Prospective study of factors predicting uptake of smoking in adolescents, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 43, 72–8.
- Mead M. (1928) *Coming of age in Samoa*. William Morrow, New York.
- Mead, G.,H. (1934) *Mind, Self, and Society*. Chicago: University of Chicago Press.
- Merton, R. (1938) Social structure and anomie, in R. Merton, *Social Theory and Social Structure*. New York: Free Press, 1968.
- Michael, K. and Ben-Zur, H. (2007): Risk-taking among Adolescents: Associations with Social and Affective Factors. *Journal of Adolescence* 30(1): 17–31.
- Millstein, S. (1991) 'Health beliefs', in R.Lerner, A.Petersen and J.Brooks-Gunn (Eds) *Encyclopedia of adolescence*, Vol. 1, New York: Garland Press.
- Millstein, S.G., și Litt, I.F. (1990). Adolescent health. In Feldman S.S. și Elliott G.R. (Eds.) *At the threshold: The developing adolescent*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Minuchin, S., Rosman, B.L., Baker, L. (1978). *Psychosomatic families. Anorexia Nervosa in Context*. Harvard University Press: Cambridge, Massachusetts, London.
- Mirowsky J., Ross, C.E. (2003) *Education social status and health*. Aldine de Gruyter, New York.
- Molcho M, Harel Y și Lash D. (2004) The co-morbidity of substance use and youth violence among Israeli school children. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 16(3):223–251.
- Moneta G.B., Schneider B. și Csikszentmihalyi M. (2001) A longitudinal study of self-concept and experiential components of self-worth and affect across adolescence. *Applied Developmental Science*. 5:125–157.
- Mooney L.A., Knox D. și Schacht C. (2011). *Understanding Social Problems*, Seventh Edition. Wadsworth, Cengage Learning, Belmont.
- Moos R.H. (1988). *Coping Response Inventory Manual*. Stanford University Medical Center and Department of Veterans Affairs Medical Center, Palo Alto, CA.
- Morrall P. (2009) *Sociology and health: an introduction*. Taylor și Francis, Routledge, London.
- Morton H. (1997) *How Science Takes Stock: The Story of Meta-Analysis*, Ed. Russel Sage Foundation, New York.
- Mrazek, P.J., și Haggerty, R.J. (Eds.). (1994). *Reducing risks for mentd disorders: Frontiers*
- Mulhall P.F., Stone D. și Stone B. (1996). Home alone: Is it a risk factor for middle school youth and drug use? *Journal of Drug Education*, 26 (1), 39–48.
- Murphy, S. și Bennett, P. (2004). Lifespan, gender and crosscultural perspectives in health psychology. In S. Sutton, A. Baum, și M. Johnston (Eds.), *The Sage handbook of health psychology* (pp. 241–269). London: Sage.
- Nansel T.R. și col. (2004). Cross-national consistency in the relationship between bullying behaviours and psychosocial adjustment. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 158: 730–736.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2007) *Social value judgements: principles for the development of NICE guidance*. p. 23–26. <http://www.nice.org.uk/>

- getinvolved/patientandpublicinvolvement/opportunitiestogetinvolved/citizenscouncil/socialvaluejudgementsguidelines/social_value_judgements_guidelines.jsp.
- Natvig G.K.; Albrekten G. și Qvarnstrøm U. (2001) Psychosomatic Symptoms among Victims of School Bullying. *Journal of Health Psychology*, 6(4): 365–377.
- Nelson M.C. și Gordon-Larsen P. (2006) Physical Activity and Sedentary Behavior Patterns Are Associated With Selected Adolescent Health Risk Behaviors. *Pediatrics*, 117: 1281–1290. DOI: 10.1542/peds.2005-1692
- Németh Á. (2007): Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása. *Gyógypedagógiai Szemle*, 1: 1–11.
- Németh Á., Költő, A., Aszmann A., Halmai R., Kökönyi Gy., Örkényi É., Páll G., Várnai D, Zakariás I. și Zsiros E. (2011). *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja 2010*. Országos Gyermkegészségügyi Intézet, Budapest.
- Németh, Á. (szerk.) (2007). *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja*. Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása elnevezésű, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben zajló nemzetközi kutatás 2006. évi felmérésének Nemzeti jelentése. Országos Gyermkegészségügyi Intézet, Budapest.
- Nichols, T.R., Mahadeo, M., Bryant, K. și Botvin, G.J. (2008). Examining Anger as a Predictor of Drug Use Among Multiethnic Middle-School Students. *Journal of School Health*, 78, 9: 480–486. doi: 10.1111/j.1746-1561.2008.00333.x
- O'Brien, T.B. și DeLongis, A. (1996) The interactional context of problem-, emotion-, and relationship-focused coping: the role of the big five personality factors, *Journal of Personality*, 64, 775–813.
- Ogden J. (2007). *Health Psychology*. Open University Press, McGraw-Hill.
- Ogden, J. (2010) *The psychology of eating: from healthy to disordered behavior*. Wiley-Blackwell, Oxford
- Oláh A. (1995). Coping strategies among adolescents: a cross-cultural study. *J. Adolescence* 18: (4). 491–512.
- Olweus, D. (1984). Stability in aggressive and withdrawn, inhibited behavior patterns. In R. Kaplan, V. Konecni, și R. Novaco (Eds.), *Aggression in children and youth*, 104–137.
- Örkényi, Á. (2007). Családszerkezet és családi kapcsolatok. In: Németh Á. (szerk.). *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja*. Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása elnevezésű, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben zajló nemzetközi kutatás 2006. évi felmérésének Nemzeti jelentése. Országos Gyermkegészségügyi Intézet, Budapest, 148–157.
- Ortega-Ruiz, R., Mora-Merchán, J.A., Jäger, Th. (2007): *Luptând împotriva agresiunii și violentei în școală. Rolul mass mediei, al autorităților locale și al Internet-ului* [E-Book]. <http://www.bullying-in-school.info/>.
- Ostrowsky, M.K. (2010). Are violent people more likely to have low self-esteem or high self-esteem? *Aggression and Violent Behavior*, 15, 1: 69–75. doi: 10.1016/j.avb.2009.08.004
- Page R.M., Simonek J., Ihász F., Hantiu I., Uvacsek M., Kalabiska I. și Klarova R. (2009) Self-rated health, psychosocial functioning, and other dimensions of adolescent health in Central and Eastern European adolescents. *Eur. J. Psychiat.*, 23, 2: 101–114.

- Paikoff, R.L., și Brooks-Gunn, J. (1991). Do parent-child relationships change during puberty? *Psychological Bulletin*, 110(1): 47–66.
- Paksi B., Demetrovics Zs., Nyírády A., Nádas E., Buda B., Felvinczi K. (2006) A magyarországi iskolai drogprevenációs programok jellemzői. *Addiktológia* V.1–2: 5–36
- Park, E., Schultz, J.K., Tudiver, F., Campbell, T., și Becker, L. (2004). Enhancing partner support to improve smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Review*, 1, CD002928.
- Parker, J.G., și Asher, S.R. (1987). Peer acceptance and later personal adjustment: Are low-accepted children “at-risk”? *Psychological Bulletin*, 102, 357–389.
- Parsons, T. (1951) *The Social System*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Patton G.C. și col. (2007) Trajectories of adolescent alcohol and cannabis use into young adulthood. *Addiction*, 102: 607–615.
- Pedersen S. și Seidman E. (2004) Team Sports Achievement and Self-Esteem Development Among Urban Adolescent Girls. *Psychology of Women Quarterly*, 28, 4: 412–422.
- Peirce, R.S., Frone, M.R., Russell, M., Cooper, M.L., și Mudar, P. (2000). A longitudinal model of social contact, social support, depression, and alcohol use. *Health Psychology*, 19, 28–38.
- Penny, G., N., Bennett, P., și Herbert, M. (1994). *Health psychology: A lifespan perspective*. Chur, Switzerland: Harwood Academic Publishers.
- Perkins H.W. (2002) Surveying the damage: a review of research on consequences of alcohol misuse in college populations. *Journal of Studies on Alcohol*, 14(Suppl.): 91–100.
- Pescosolido B.A., Martin J.K., McLeod J.D. și Rogers, A. (2011). *Handbook of the Sociology of Health, Illness, and Healing*. Springer Science+Business Media, New York.
- Peterson, C., Seligman, M. and Valliant, G. (1988) ‘Pessimistic explanatory style is a risk factor for physical illness: A thirty-five-year longitudinal study’, *Journal of Personality și Social Psychology* 55: 23–27.
- Petry, N.M., Barry, D., Pietrzak, R.H. și Wagner, J.A. (2008). Overweight and obesity are associated with psychiatric disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychosomatic Medicine*, 70, 288–297.
- Piaget J., Inhelder B. (1976): *Psihologia copilului*, Editura Didactică și Pedagogică, București
- Pickett W și col. (2005) Cross national study of injury and social determinants in adolescents. *Injury Prevention*, 11:213–218.
- Pikó B. (1997). Egyenlőtlenségek és egészség: Hogyan befolyásolja a társadalmi-gazdasági helyzet a fiatalok egészségi állapotát? In: *Társadalomkutatás*, 3–4: 219–233.
- Pikó B. (2002). *Egészségtudatosság serdülőkorban*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Pikó B. (2007). A pszichoszomatikus szemlélet fontossága a családvorosi gyakorlatban *Hippocrates Családvorosi és foglalkozás-egészségügyi folyóirat*, IX. 1., Szegedi Tudományegyetem.
- Pikó B. (2010). *Védőfaktorok nyomában. A káros szenvedélyek megelőzése és egészségfejlesztés serdülőkorban*. L'Harmattan Kiadó, Budapest.
- Pikó, B. (2001). Gender Differences And Similarities In Adolescents' Ways Of Coping. *The Psychological Record*, 51: 223–235.

- Piotrowski, N.A. (2010) *Salem health. Psychology and mental health*. Salem Press, Pasadena.
- Polman H., Orobio de Castro B., Koops W., van Boxtel H.W., Merk W.W. (2007) A Meta-Analysis of the Distinction between Reactive and Proactive Aggression in Children and Adolescents. *J Abnorm Child Psychol* 35:522–535.
- Popescu, L. (2004): *Politicile sociale est-europene între paternalism de stat și responsabilitate individuală*, Presa Universitară Clujeană, Cluj.
- Poulton R et al. (2002) Association between children's experiences of socioeconomic disadvantage and adult health: a life-course study *British Medical Journal* 360: 1640–5.
- Pressman S and Cohen S (2005) Does positive affect influence health? *Psychological Bulletin* 131,6: 925–971.
- Prinstein, Boergers și Spirito (2001) Adolescents and their friends health-risk behavior: factors that alter or add to peer-influence. *Journal of Pediatric Psychology*, 26, 5: 287–298.
- Prinstein, M.J., Choukas-Bradley, S.C., Helms, S.W., Brechwald, W.A. și Rancourt, D. (2011). High Peer Popularity Longitudinally Predicts Adolescent Health Risk Behavior, or Does It?: An Examination of Linear and Quadratic Associations. *J. Pediatr. Psychol.*, 35: 22–53. doi: 10.1093/jpepsy/jsr053
- Prochaska, J.O., și DiClemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390–395.
- Puskar, K., Ren, D., Bernardo, L.M., Haley, T. și Stark, K.H. (2008). Anger Correlated with Psychosocial Variables in Rural Youth. *Comprehensive Pediatric Nursing*, 31, 2: 71–87. doi: 10.1080/01460860802023513
- Rasmussen M și col. (2005) School connectedness and daily smoking among boys and girls: the influence of parental smoking norms. *European Journal of Public Health*, 15(6): 607–612.
- Ratner, H.H., și Stettner, L.J. (1991). Thinking and feeling: Putting humpty dumpty together again. *Merrill Palmer Quarterly*, 37(1), 1–26.
- Ravens-Sieberer U., Kokonyei G., Thomas C. (2004) School and health. In: Currie C. și col., eds. *Young people's health in context: international report from the HBSC 2001/2002 survey*. WHO policy series: health policy for children and adolescents. Issue 4. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Ravens-Sieberer, U., Freeman, J., Kokonyei, Gy., Thomas, C.A. și Erhart, M. (2009). School as a determinant for health outcomes – a structural equation model analysis. *Health Education*, 10: 9, 342–356.
- Rehm J și col. (2004) Alcohol use. In: Ezzati M et al., eds. *Comparative quantification of health risks. Global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors*. Geneva, World Health Organization, p. 959–1108.
- Remillard, A.M. și Lamb, S. (2005). Adolescent Girls' Coping With Relational Aggression. *Sex Roles*, 53, 3–4: 221–229. doi: 10.1007/s11199-005-5680-8
- Renner, B. și Schwarzer, R. (2003). Social-cognitive factors predicting health behavior change. In I. Suls și K. Wallston (Eds.), *Social psychological foundations of health and illness* (pp. 169–196). Oxford: Blackwell.

- Renner, B., Kwon, S., Yang, B.-H., Paik, K., Kim, S.H., Roh, S., Song, L., și Schwarzer, R. (2008). Social-cognitive predictors of eating a healthy diet in South Korean men and women. *International Journal of Behavioral Medicine*, 15, 4–13.
- Resnick, M.D. și col. (1997) Protecting adolescents from harm: findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. *Journal of the American Medical Association*, 278: 823–832.
- Reyna V., și Farley F. (2006). Risk and rationality in adolescent decision-making: Implications for theory, practice, and public policy. *Psychological Science in the Public Interest*, 7, 1–44.
- Richardson J.L., Dwyer K., McGuigan, K., Hansen W.B., Dent C., Johnson C.A., Sussman S.Y., Brannon, B. și Flay, B. (1989). Substance use among eighth-grade students who take care of themselves after school. *Pediatrics*, 84, 556–566.
- Richter, K.P., Harris, K.J., Paine-Andrews, A., și Fawcett, S.B. (2000). Measuring the health environment for physical activity and nutrition among youth: A review of the literature and applications for community initiatives. *Preventive Medicine: An International Journal Devoted to Practice and Theory*, 31, S98–S111.
- Richter, M. (2011) *Risk Behaviour in Adolescence: Patterns, Determinants and Consequences*. VS Verlag, Springer, Wiesbaden.
- Rivas Torres, R.M., Fernández F.P. (1995). Self-esteem and value of health as determinants of adolescent health behavior. *Journal of Adolescent Health*, 16, 1: 60–63. doi: 10.1016/1054-139X(94)00045-G
- Rogers A and Pilgrim D (2003). *Inequalities and mental health*. London, Palgrave Macmillan.
- Rogers A and Pilgrim D (2005). *A sociology of mental health and illness*. Maidenhead, Open University.
- Rosenberg, M. (1965): *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton: Princeton University Press, New Jersey.
- Rosentock, I.M., Strecher, V.J., și Becker, M.H. (1994). The health belief model and HIV risk behavior change. In R.J. DiClemente și J.L. Peterson (Eds.), *Preventing AIDS: Theories and methods of behavioral interventions* (pp. 5–24). New York: Plenum.
- Rotariu, T., Iluț, P. (2006). *Ancheta sociologică și sondajul de opinie*. Iași: Polirom.
- Royal College of Physicians (1992) *Smoking and the Young*. Sudbury, UK: Lavenham Press.
- Rubington, E, Weinberg, M.S. (2003): *The Study of Social Problems. Six Perspectives*, fourth ed., New York/Oxford: Oxford University Press
- Rutter, D.R. and Quine, L. (eds) (2002) *Changing Health Behaviour*. Buckingham: Open University Press.
- Sabiston, C.M., Sedgwick, W.A., Crocker, P.R.E., Kowalski K.C., Mack D.E. (2007) Social Physique Anxiety in Adolescence: An Exploration of Influences, Coping Strategies, and Health Behaviors, *Journal of Adolescent Research*; 22; 78–101
- Sales, J.M., Irwin Ch. E. Jr. (2009). Theories Of Adolescent Risk Taking: The Biopsychosocial Model. In Diclemente, R.J., Santelli, J.S., Crosby, R.A. (2009). *Adolescent Health. Understanding and Preventing Risk Behaviors*. Jossey-Bass, A Wiley Imprint, San Francisco, 31–50.

- Salmivalli C. și Isaacs J. (2005) Prospective Relations Among Victimization, Rejection, Friendlessness, and Children's Self- and Peer-Perceptions. *Child Development*, 76, 6: 1161–1171
- Samdal O. și col. (2000) Students' perceptions of school and their smoking and alcohol use: a cross-national study. *Addiction Research*, 8(2): 141–167.
- Santrock, J. (1990) *Life span development* (4th edn.), Dubuque, Iowa: W.C.Brown.
- Sarafino, E. (2011). *Health psychology: biopsychosocial interactions*, Seventh edition. John Wiley și Sons, Inc., New York.
- Sarafino, E.P. (1990). *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions*. Willey, New York.
- Sarason, B.R., Sarason, I.G., Pierce, G.R. (1990). *Social Support: An Interactional View*. Wiley-Interscience.
- Schaffer H.R. (2000) The early experience assumption: Past,present and future. *Int J Behav Dev* 24(1): 5–14.
- Schneider B.H. (2000) *Friends and enemies: peer relations in childhood*. London, Arnold.
- Schneiderman, N. (2004). Psychosocial, behavioral, and biological aspects of chronic disease. *Current Directions in Psychological Science*, 13, 247–251.
- Schnor C. și Volmer-Larsen Niclasen B. (2006) Bullying among Greenlandic school children: development since 1994 and relations to health and health behaviour. *International Journal of Circumpolar Health*, 65(4): 305–312.
- Scholte, R.H.J., Engels, R.C.M.E., Overbeek, G., de Kemp, R.A.T., Haselager, G.J.T. (2007). Stability in Bullying and Victimization and its Association with Social Adjustment in Childhood and Adolescence. *J Abnorm Child Psychol* 35: 217–228.
- Seiffge-Krenke I. (1993). Coping behavior in normal and clinical samples: more similarities than differences? *Journal of Adolescence*, 16(3):285–303.
- Seiffge-Krenke, I., Overbeek, G. și Vermulst, A. (2010). Parent-child relationship trajectories during adolescence: Longitudinal associations with romantic outcomes in emerging adulthood. *Journal of Adolescence*, 33, 159–171.
- Seligman M.E.P., Csikszentmihalyi M., eds. (2000) Special issue on happiness, excellence, and optimal human functioning. *American Psychologist*, 55: 1.
- Settertobulte W. și Matos M. (2004) Peers and health. In: Currie C et al., eds. *Young people's health in context: international report from the HBSC 2001/2002 survey*. WHO policy series: health policy for children and adolescents. Issue 4. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Shek D.T.L. (1998) A Longitudinal Study of Hong Kong Adolescents' and Parents' Perceptions of Family Functioning and Well-Being. *The Journal of Genetic Psychology: Research and Theory on Human Development*, 159, 4: 389–403.
- Sigelman, C.K., Derenowski, E.B., Mullaney, H.A. și Siders, A.T. (1993). Parents' contributions to knowledge and attitudes regarding HIV. *Journal of Pediatric Psychology*, 18, 221–235.
- Silbereisen R.K., Noack P. (1990) Adolescents' orientation for development. In: Bosma H, Jackson S (eds) *Coping and self-concept in adolescence*. Springer, Berlin Heidelberg New York, pp. 111–127.
- Silbereisen R.K., Todt E. (1994) Adolescence-A matter of context. In: Silbereisen RK, Todt E (eds) *Adolescence in context. The interplay of family, school, peers, and work in adjustment*. Springer,Berlin Heidleberg New York,pp. 3–21.

- Silbereisen R.K. (1997). Lessons we learned — problems still to be solved In Jessor R. (ed.) *New perspectives on adolescent risk behavior*. Cambridge University Press.
- Silbereisen, R.K. și Wiesner, M. (2000). Cohort change in adolescent developmental timetables after German unification: Trends and possible reasons. In J. Heckhausen (Ed.), *Motivational psychology of human development: Developing motivation and motivating development* (pp. 271–284). Amsterdam: Elsevier Science LTD.
- Sillamy, N. (1998). *Dictionar de psihologie*, Ed. Univers Enciclopedic, București.
- Smith A.M.A. și Rosenthal D.A. (1995). Adolescents' perceptions of their risk environment. *Journal of Adolescence*, 18, 229–245.
- Smith, T.W., Orleans, C.T. și Jenkins, C.D. (2004). Prevention and health promotion: Decades of progress, new challenges, and an emerging agenda. *Health Psychology*, 23, 126–131.
- Smits, D.J.M., De Boeck, P. (2007). From anger to verbal aggression: Inhibition at different levels. *Personality and Individual Differences*, 43 (1): 47–57.
- Spéder, Zs., Kapitány, B. (2002). A magyar lakosság elégedettségének meghatározó tényezői, nemzetközi összehasonlításban. In Kolosi-Tóth-Vukovich (Szerk.) *Társadalmi riport 2002*. Társi, Budapest, 162–172.
- Spielberger, C.D., Johnson, E.H., Russell, S.F., Crane, R.H., Worden, T.J. (1985). The experience and expression of anger: Construction and validation of an anger expression scale. In: Chesney, M.A., Rosenman, R.H., (Eds.). *Anger and hostility in cardiovascular and behavioral disorders*. Hemisphere/McGraw Hill, New York.
- Spielberger, Ch. (Ed.) (2004). *Encyclopedia of Applied Psychology, vol I-III*, Elsevier Academic Press.
- Spiro, A. (1999). Health in midlife: Toward a life-span view. In S.L. Wills și I. D. Reid (Eds.), *Life in the middle: Psychological and social development in middle age*. San Diego, CA: Academic Press.
- Spoth, R.L., Redmond, C. și Shin, C. (2001). Randomized trial of brief family interventions for general populations: Adolescent substance use outcomes 4 years following baseline. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(4): 627–642.
- Stattin, H. și Kerr, M. (2000). Parental monitoring: A reinterpretation. *Child Development*, 71, 1072–1085.
- Stein, R., and C. Connolly. (2004). "Medicare Changes Policy on Obesity, Some Treatments May Be Covered." *Washington Post*, July 16. Available at <http://www.washingtonpostonline>
- Steinberg L. și Morris, A.S. (2001) Adolescent Development. *Annu. Rev. Psychol.* 52:83–110.
- Steinberg L. (1990). Autonomy conflict and harmony in the family relationship. In S.S. Feldman și G.R. Elliot (Eds.) *At the threshold: The developing adolescent* (pp. 255–275). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Steinberg L. (2007). Risk Taking in Adolescence. *Current Directions In Psychological Science*, 16, 2: 55–59.
- Steinberg, L. (2004). Risk-taking in adolescence: What changes, and why? *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1021, 51–58.
- Stoica-Constantin A., Onici, O. (2003): Nivelul conflictualității elevului. Factori de influență. *Psihologia Socială*, 11.

- Stormshak E.A., Bierman K.L., Bruschi C., Dodge K.A., Coie J.D. și The Conduct Problems Prevention Research Group (1999) The Relation between Behavior Problems and Peer Preference in Different Classroom Contexts. *Child Dev.* 70 (1): 169–182. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2761650/>
- Stouthamer-Loeber, M., Loeber, R., Wei, E., Fanington, D.P. și Wikstroem, P.-O.H. (2002). Risk and promotive effects in the explanation of persistent serious delinquency in boys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 111–123.
- Strauss R.S. (2000) Childhood Obesity and Self-Esteem. *Pediatrics*, 105, (1): 1–5.
- Suls, J., Fletcher, B. (1985) Self-attention, life stress and illness: A prospective study. *Psychosomatic Medicine*, 47, 469–481.
- Susánszky É. Konkoly-Thege B., Stauder A., Kopp M. (2006). A WHO Jól-lét kérdőív rövidített (WBI-5) magyar változatának validálása a Hungarostudy 2002 országos lakossági egészségfelmérés alapján. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 7, 3: 247.255.
- Swallen K.C., Reither E.N., Haas S.A. și Meier A.M. (2005) Overweight, Obesity, and Health-Related Quality of Life Among Adolescents: The National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Pediatrics*, 115: 340–347.
- Taylor, S. (1991) *Health psychology*. (2nd edition.), New York: McGraw-Hill.
- Tenenbaum G., Eklund R.C., eds. (2007): *Handbook of sport psychology*. John Wiley și Sons, Inc., New Jersey.
- The European Health Report (2005). *Public health action for healthier children and population*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Thome J., Espelage D.L. (2004) Relations among exercise, coping, disordered eating, and psychological health among college students. *Eating Behaviors*, 5: 337–351.
- Thompson D și col. (2006) School connectedness in the Health Behaviour in School-aged Children study: the role of students, school and school neighbourhood characteristics. *Journal of School Health*, 76(7): 379–386.
- Thorogood, N. (1992). Private medicine: You pay your money and you get your treatment. *Sociology of Health și Illness*, 14(1): 123–128.
- Tinsley B.J. (2003) *How Children Learn to be Healthy*. Cambridge University Press.
- Tinsley, B.J. și Lees, N.B. (1995). Health promotion for parents. In M.H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting*, Vol. 4: *Applied and practical parenting* (pp. 187–204). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Tinsley, B.J., Markey, C.N., Ericksen, A.J., Kwasman, A. și Ortiz, R.V. (2002). Health promotion for parents. In M.H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting* (Vol. 5, 2nd ed.). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Torres, R. și Fernandez, F. (1995). Self-esteem and the value of health as determinants of adolescent health behavior. *Journal of Adolescent Health Care*, 16, 60–63.
- Torsheim și Wold (2001) School-Related Stress, School Support, and Somatic Complaints: A General Population Study. *Journal of Adolescent Research*, 16: 293–303
- Torsheim T și col. (2004) Material deprivation and self-rated health: a multilevel study of adolescents from 22 European and North American countries. *Social Science and Medicine*, 59:1–12.
- Torsheim T., Wold B. și Samdal O. (2000) The teacher and classmate support scale: factor structure, test-retest reliability and validity in samples of 13- and 15-year-old adolescents. *School Psychology International*, 21(2): 195–212.

- Trust for America's Health (2008). *F as in Fat: How Obesity Policies Are Failing in America*. Washington, D.C.: TFAH.
- Trzesniewski, K.H., Donnellan, M.B., Moffitt, T.E., Robins, R.W., Poulton, R. și Caspi, A. (2006). Low self-esteem during adolescence predicts poor health, criminal behavior, and limited economic prospects during adulthood. *Developmental Psychology*, 42, 2: 381–390. doi: 10.1037/0012-1649.42.2.381
- Tschann J.M., Adler N.E., Irwin, C.E. Jr., Millstein S.G., Turner R.A. și Kegeles, S.M. (1994). Initiation of substance use in early adolescence: The roles of pubertal timing and emotional distress. *Health Psychology*, 13, 326–333.
- Turner R.A., Irwin C.E., Tschann J.M. și Millstein S.G. (1993) Autonomy, relatedness, and the initiation of health risk behaviors in early adolescence. *Health Psychol.*, 12(3):200–8.
- Tyc, V.L., Nuttbrock-Allen, D., Klosky J.L., Ey S. (2004): An exploratory study to investigate cognitive-motivational variables as predictors of health behaviours in adolescents. *Health Education Journal* 63: 293
- U.S. Department of Health and Human Services. (2001). *Mental Health: Culture, Race, and Ethnicity—A Supplement to Mental Health: A Report of the Surgeon General*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services.
- Van Geert P. (2001) Fish, foxes and talking in the classroom: Introducing dynamic systems concept and approaches. In: Bosma HA, Kunnen SE (eds) *Identity and emotion*. Cambridge University Press, Cambridge, pp. 64–88
- Velicer, W.F., Prochaska, J.O., Rossi, J.S. și Snow, M.G. (1992). Assessing outcome in smoking cessation studies. *Psychological Bulletin*, 111, 23–41.
- Vieno A. și col (2005) Social support, sense of community in school, and self-efficacy as resources during early adolescence: an integrative model. *American Journal of Community Psychology*, 39: 177–190.
- Vieno A. și col. (2004) School setting, school climate and wellbeing in early adolescence: a comprehensive model. *European Journal of School Psychology*, 2(1–2): 219–238.
- Vignerova, J., Blaha, P., Kobzova, J., Krejcovsky, L., Paulova, M. și Riedlova, J. (2000). Results of a multifactor cardiovascular risk reduction program in the Czech Republic: The healthy Dubic Project. *Central European Journal of Public Health*, 1, 21–23.
- Wainwright, D. (2008). *A Sociology of Health*. SAGE Publications Ltd, London.
- Waizenhofer R.N., Buchanan C.M. și Jackson-Newsom J. (2004) Mothers' and Fathers' Knowledge of Adolescents' Daily Activities: Its Sources and Its Links With Adolescent Adjustment in *Journal of Family Psychology* 18, 2: 348–360. DOI: 10.1037/0893-3200.18.2.348
- Walker L.J. și Taylor J.H. (1991) Family Interactions and the Development of Moral Reasoning. *Child Development*, 62, 2: 264–283.
- Watson J.B. (1913) Psychology as the Behaviorist Views it. *Psychological Review*, 20, 158–177
- Watson, D. și Hubbard, B. (1996) Adaptational style and dispositional structure: coping in the context of the five-factor model, *Journal of Personality*, 64, 737–74.

- Weber, M. (1992). *Gazdaság és társadalom: A megértő szociológia alapvonalai*. Közgazdasági és Jogi Kiadó, Budapest.
- Weil, G. (1992): Vivre le lycée professionnel comme un nouveau départ, *Chronique sociale*, Lyon.
- Weinstein, N.D. și Nicolich, M. (1993). Correct and incorrect interpretations of correlations between risk perceptions and risk behaviors. *Health Psychology*, 12, 235–245.
- Westmaas, J.L. și Jamner, L.D. (2006). Paradoxical effects of social support on blood pressure reactivity among defensive individuals. *Annals of Behavioral Medicine*, 31, 238–247.
- WHO (2005) *Mental Health Declaration for Europe: Facing the Challenges, Building Solutions*. European Ministerial Conference on Mental Health Facing the Challenges, Building Solutions Helsinki, Finland, 12–15 January 2005.
- Wickrama, K.A.S., Conger R.D., Ebert Wallace L., and Elder G.H. Jr. (1999). The Intergenerational Transmission of Health-Risk Behaviors: Adolescent Lifestyles and Gender Moderating Effects. *Journal of Health and Social Behavior* 40: 258–72.
- Wilkinson R.B., Walford W. (1998) The measurement of adolescent psychological health: one or two dimensions? *Journal of Youth and Adolescence*, 27: 443–455.
- Wilkinson R.G. (1996) *Unhealthy Societies: the Afflictions of Inequality*. Routledge, London.
- Windle M (2000) A latent growth curve model of delinquent activity among adolescents. *Applied Developmental Science* 4: 193–207.
- Working Group of the NIH Advisory Committee (2004). *Report of the Working Group of the NIH Advisory Committee to the Director on Research Opportunities in the Basic Behavioral and Social Sciences*.
- World Health Organisation (1981) *Regional Strategy for Attaining Health for All by the Year*. Copenhagen: WHO.
- World Health Organisation (1985) *Health for All 2000: Targets for Europe*. Copenhagen: WHO.
- Wrzesniewski K., Chylinska J. (2007). Assessment of Coping Styles and Strategies with School-Related Stress, *School Psychology International*; 28; 179–194.
- Wylie, R.C. (1979). *The self-concept, Volume 2. Theory and research on selected topics*. Lincoln, NE: University of Nebraska.
- Young și col. (2005) the role of parent and peer support in predicting adolescent depression: a longitudinal community study. *Journal of research on adolescence*, 15 (4): 407–423.
- Youngblade L.M., Theokas C., Schulenberg J., Curry L., Huang I-C. și Novak M. (2007) Risk and Promotive Factors in Families, Schools, and Communities: A Contextual Model of Positive Youth Development in Adolescence. *Pediatrics*, 119, (1): 47–53.
- Zabalegui, A., Sanchez, S., Sanchez, P.D. și Juando, C. (2005). Nursing and cancer support groups. *Journal of Advanced Nursing*, 51, 369–381.
- Zambon A și col. (2006) Do welfare regimes mediate the effect of SES on health in adolescence? A cross-national comparison in Europe, North America and Israel. *International Journal of Health Services*, 36(2):309–329.

- Zazzo B. (1966) *Psychologie différentielle de l'adolescence. Etude sur la représentation de soi*. Paris, P.U.F.
- Zoccali R., Muscatello M.R.A., Bruno A., Cedro C., Pandolfo G. și Meduri M. (2007). The role of defense mechanism in the modulation of anger experience and expression: Gender differences and influence on self-reported measures. *Personality and Individual Difference*, 43 (6): 1424–1436.
- Zuckerman M. (1990). The psychophysiology of sensation seeking. *Journal of Personality*, 58, 313–341.
- Zullig K.J. și col. (2001) Relationship between perceived life satisfaction and adolescents' substance abuse. *Journal of Adolescent Health*, 29: 279–288.

Anexa 1. Chestionarul folosit în cercetare

Chestionar de sănătate pentru adolescenți

Vârsta: ani

Sex: ☐ bărbătesc

Clasa:

☐ femeiesc

Prin completarea acestui chestionar poți ajuta o cercetare care studiază starea de sănătate fizică și psihică în corelație cu caracteristicile mecanismelor de adaptare ale tinerilor. Vă mulțumim anticipat!

Citiți cu atenție și notați răspunsurile dvs. cu semnul „x” în căsuța corespunzătoare!

I. Vă vom adresa câteva întrebări despre familiile voastre. Întrebarea următoare va viza persoanele din familie cu care locuiți împreună. Sunt copii care nu trăiesc împreună cu ambii părinți sau fac parte din două familii (cea a mamei sau cel al tatălui recăsătorit).

1. Marcați persoanele cu care locuiți!

- ☐ Mama
- ☐ Tatăl
- ☐ Tatăl vitreg (sau prietenul mamei)
- ☐ Mama vitregă (sau prietena tatălui)
- ☐ Fratele/frații
- ☐ Fratele vitreg/frații vitregi
- ☐ Bunica
- ☐ Bunicul
- ☐ Locuiesc într-o casă de copii

2. Care este cel mai înalt nivel de educație a tatălui/mamei tale (sau, după caz, a tatălui/mamei tale vitrege)?

Tatăl/tatăl vitreg:

- ☐ Nu a terminat școala primară (patru clase)
- ☐ Gimnaziu (opt clase)
- ☐ Școală profesională
- ☐ Liceu
- ☐ Universitate sau colegiu
- ☐ Nu știu

Mama/mama vitregă:

- ☐ Nu a terminat școala primară (patru clase)
- ☐ Gimnaziu (opt clase)
- ☐ Școală profesională
- ☐ Liceu
- ☐ Universitate sau colegiu
- ☐ Nu știu

3. Cu cine poți discuta despre problemele care te preocupă sau te neliniștesc?

- ☐ Mama
- ☐ Tatăl
- ☐ Tatăl vitreg (sau prietenul mamei)
- ☐ Mama vitregă (sau prietena tatălui)
- ☐ Fratele/frații
- ☐ Sora/surorile
- ☐ Cu cel mai bun prieten/cea mai bună prietenă

4. Câți prieteni (băieți sau fete) apropiați ai în prezent?

Băieți:

- ☐ Nici unul
- ☐ Unul
- ☐ Doi
- ☐ Trei sau mai mulți

Fete:

- ☐ Nici una

- ☐ Una
 - ☐ Două
 - ☐ Trei sau mai multe
5. În general, câte zile pe săptămână petrec împreună, după ore, cu prietenii (în afara zilelor de sâmbătă și duminică)?
- ☐ nicio zi
 - ☐ 1 zi
 - ☐ 2 zile
 - ☐ 3 zile
 - ☐ 4 zile
 - ☐ 5 zile
6. Ce simți față de școala în care înveți? Ți place școala ta?
- ☐ Îmi place foarte mult
 - ☐ Îmi place puțin
 - ☐ Nu-mi place prea mult
 - ☐ Nu-mi place deloc
7. În ce măsură te copleșesc (te suprasolicită) sarcinile școlare?
- ☐ Deloc
 - ☐ Puțin
 - ☐ Destul de mult
 - ☐ Foarte mult
8. Elevilor din clasa mea le place să fie împreună.
- ☐ Sunt pe deplin de acord
 - ☐ Sunt de acord
 - ☐ Parțial sunt de acord, parțial nu
 - ☐ Nu sunt de acord
 - ☐ Nu sunt deloc de acord
9. Colegii de clasă m-au acceptat așa cum sunt.
- ☐ Sunt pe deplin de acord
 - ☐ Sunt de acord
 - ☐ Parțial sunt de acord, parțial nu
 - ☐ Nu sunt de acord
 - ☐ Nu sunt deloc de acord
10. Profesorii care predau la clasa mea ne tratează corect.
- ☐ Sunt pe deplin de acord
 - ☐ Sunt de acord
 - ☐ Parțial sunt de acord, parțial nu
 - ☐ Nu sunt de acord
 - ☐ Nu sunt deloc de acord

11. Profesorii sunt interesați de felul meu de a fi, de personalitatea mea.

- ☐ Sunt pe deplin de acord
- ☐ Sunt de acord
- ☐ Parțial sunt de acord, parțial nu
- ☐ Nu sunt de acord
- ☐ Nu sunt deloc de acord

Vă vom adresa acum câteva întrebări despre violență școlară și abuz. Este vorba de abuz, dacă unul sau mai mulți copii lovesc, își bat joc sau șicanează în mod repetat un alt copil. O formă a abuzului o constituie și respingerea, etichetarea sau jignirea repetată. Nu este abuz, dacă doi copii de forță apropiată se iau la trântă, se luptă sau își dispută ceva în mod amical.

12. În ultimele luni, cât de des ai fost abuzat/bătut în școală?

- ☐ În ultimele luni, niciodată
- ☐ 1–2 ori în ultimele luni
- ☐ De 2–3 ori pe lună
- ☐ Săptămânal
- ☐ De mai multe ori pe săptămână

13. În ultimele luni, cât de des ai luat parte la abuzarea/bătaia altor colegi din școală?

- ☐ În ultimele luni, niciodată
- ☐ 1–2 ori în ultimele luni
- ☐ De 2–3 ori pe lună
- ☐ Săptămânal
- ☐ De mai multe ori pe săptămână

14. În ultimele 12 luni, de câte ori te-ai bătut/încăierat?

- ☐ Niciodată
- ☐ O dată
- ☐ De două ori
- ☐ De trei ori
- ☐ De mai mult de trei ori

15. Starea ta de sănătate este:

- ☐ Excelentă
- ☐ Bună
- ☐ Satisfăcătoare
- ☐ Proastă

16. Marchează pe scala de mai jos nivelul tău de satisfacție a vieții! Partea de sus a scalei (nivelul 10) înseamnă cel mai ridicat nivel de satisfacție, iar partea de jos

(nivelul 0) indică un nivel foarte scăzut al satisfacției vieții. Indică la ce nivel al scalei te afli în acest moment!

- ☐ 10
- ☐ 9
- ☐ 8
- ☐ 7
- ☐ 6
- ☐ 5
- ☐ 4
- ☐ 3
- ☐ 2
- ☐ 1
- ☐ 0

17. Calculează în câte zile au fost în ultima săptămână, în care ai făcut mișcare intensă cel puțin 60 minute! (Dacă, de exemplu, într-o zi ai făcut mișcare atât dimineața, cât și seara 30–30 minute, atunci aceasta înseamnă 60 minute pe zi)

0 / 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 zile am făcut mișcare cel puțin 60 minute

18. În afara orelor de curs, cât de frecvent faci mișcare atât de solicitantă, încât să transpiri sau să rămâi fără suflare?

- ☐ Zilnic
- ☐ De 4–6 ori pe săptămână
- ☐ De 2–3 ori pe săptămână
- ☐ O dată pe săptămână
- ☐ Lunar
- ☐ O dată la mai multe luni
- ☐ Niciodată

19. Cum îți consideri constituția fizică?

- ☐ Sunt foarte slab
- ☐ Sunt mai degrabă slab
- ☐ Aproximativ potrivit
- ☐ Sunt mai degrabă gras
- ☐ Sunt foarte gras

20. În prezent folosești vreun regim alimentar sau încerci să slăbești prin alte mijloace (de ex. prin mai multă mișcare)?

- ☐ Nu, pentru că nu am probleme cu greutatea
- ☐ Nu, deși aș avea nevoie
- ☐ Nu, pentru că ar trebui mai degrabă să mă îngraș

- ☐ Da, folosesc un regim alimentar specific
- ☐ Da, dar prin alte mijloace

21. Ai fumat vreodată (o țigară sau o pipă)?

- ☐ Da
- ☐ Nu

22. Cât de frecvent fumezi în prezent?

- ☐ Zilnic
- ☐ Cel puțin o dată pe săptămână, dar nu zilnic
- ☐ O dată la mai multe săptămâni
- ☐ Nu fumez

23. Cât de des consumi diferitele tipuri de alcool? Trece numărul răspunsului tău în căsuța alăturată!

Variante de răspuns: zilnic = 1, săptămânal = 2, lunar = 3, o dată la mai multe săptămâni = 4, niciodată = 5

- ☐ Bere
- ☐ Vin sau vin spumant
- ☐ Spirtoase (de ex. coniac, whisky, vodcă, țuică)
- ☐ Răcoritoare cu alcool (de ex.. Ba-cardi Breezer)
- ☐ Lichioruri dulci
- ☐ Alte băuturi alcoolice

24. Ai consumat vreodată o cantitate suficient mare de alcool, încât să amețești?

- ☐ Nu, niciodată
- ☐ Da, o dată
- ☐ Da, de 2–3 ori
- ☐ Da, de 4–10 ori
- ☐ Da, de mai mult de 10 ori

25. Ai consumat vreodată marijuana sau hașiș?

Pe parcursul vieții

- ☐ Niciodată
- ☐ De 1–2 ori
- ☐ De 3–5 ori
- ☐ De 6–9 ori
- ☐ De 10–19 ori
- ☐ De 20–39 ori
- ☐ De mai mult de 40 ori

În ultimele 12 luni

- ☐ Niciodată
- ☐ De 1–2 ori
- ☐ De 3–5 ori
- ☐ De 6–9 ori
- ☐ De 10–19 ori
- ☐ De 20–39 ori
- ☐ De mai mult de 40 ori

26. Ai consumat vreodată în viață unul sau mai multe dintre substanțele de mai jos? Trece numărul răspunsului tău în căsuța alăturată!

Variante de răspuns: niciodată = 1, de 1–2 ori = 2, de 3–5 ori = 3, de 6–9 ori = 4, de 10–19 ori = 5, de 20–29 ori = 6, de mai mult de 40 ori = 7

- ☐ ecstasy, MDMA
- ☐ speed
- ☐ heroină sau opiu
- ☐ medicamente psihotrope
- ☐ cocaină (crack)
- ☐ solvenți
- ☐ baltok
- ☐ LSD
- ☐ alcool, împreună cu medicamente
- ☐ ciuperci halucinogene
- ☐ substanțe etnobotanice

II. Vă rugăm, să citiți cu atenție fiecare frază și să răspundeți în cel mai scurt timp, marcând cu un număr varianta care se apropie cel mai mult de punctul dvs. de vedere actual! (În ce măsură sunteți de acord pe o scală de la 1–4)

Categorii de răspunsuri

(1 = Total dezacord, 2 = Dezacord, 3 = De acord, 4 = Total de acord)

	1–4
1. Mă gândesc că sunt un om de valoare, cel puțin la fel ca alte persoane.	
2. Cred că am o serie de calități.	
3. Ținând cont de toate, am tendința să cred că sunt un(o) ratat(ă).	
4. Sunt capabil(ă) să fac lucrurile la fel de bine ca ceilalți.	
5. Simt că nu am în mine prea multe de care să fiu mândru(ă).	
6. Am o părere pozitivă despre mine.	
7. În general sunt mulțumit(ă) de mine.	
8. Mi-ar plăcea să am mai mult respect față de mine însumi/însămi.	
9. Câteodată mă gândesc că nu valorez nimic.	
10. Câteodată mă simt realmente inutil(ă).	

III. În situații dificile o persoană poate să facă sau să gândească multe lucruri, în timp ce încearcă să facă față situației. Amintește-ți o astfel de situație, încearcă să-ți reamintești starea de spirit de atunci și încercuiește numărul corespunzător al reacțiilor de mai jos, în funcție de prezența și de gradul în care acestea au fost caracteristice pentru tine, în zilele următoare evenimentului. Nu există răspunsuri corecte sau greșite, doar starea ta psihică de atunci.

0 = nu a fost caracteristică
 1 = a fost caracteristică într-o măsură mai mică
 2 = a fost caracteristică
 3 = a fost caracteristică în mare măsură

1.	Am încercat să analizez problema ca s-o înțeleg mai bine.	0	1	2	3
2.	Am lăsat de la mine sau am negociat ca să iasă ceva bun din acea situație.	0	1	2	3
3.	M-am apucat de ceva, despre care știam că nu va reuși, dar măcar am făcut ceva.	0	1	2	3
4.	M-am învinovățit pe mine însumi/însămi.	0	1	2	3
5.	M-am gândit că în orice rău există un bine, am încercat să percep lucrurile cu seninătate.	0	1	2	3
6.	Mi-am exprimat supărarea față de cei care au cauzat problema.	0	1	2	3
7.	Am acceptat empatia și înțelegerea celorlalți.	0	1	2	3
8.	Situația m-a motivat spre o activitate creativă.	0	1	2	3
9.	Am ieșit din situație ca un alt om, în sensul bun al expresiei.	0	1	2	3
10.	Într-un fel mi-am lăsat frâu liber sentimentelor.	0	1	2	3
11.	M-am străduit să scap de problemă pentru un timp, am încercat să mă odihnesc sau mi-am luat concediu.	0	1	2	3
12.	Am încercat să obțin ajutor prin mâncare, băutură, fumat, utilizare de medicamente sau sedative.	0	1	2	3
13.	Am jucat totul pe o carte, sau am încercat ceva foarte riscant.	0	1	2	3
14.	Am cerut sfatul unui prieten sau al unei rude pe care-i apreciez mult.	0	1	2	3
15.	Nu am vrut ca ceilalți să afle în ce situație grea am ajuns.	0	1	2	3
16.	Mi-am descărcat tensiunea pe seama altora.	0	1	2	3
17.	Am știut ce trebuie să fac pentru a-mi dubla eforturile în scopul succesului.	0	1	2	3
18.	Am găsit mai multe soluții pentru rezolvarea problemei.	0	1	2	3
19.	Mi-am dorit ca situația să se schimbe.	0	1	2	3
20.	M-am rugat.	0	1	2	3
21.	M-am gândit la ce voi spune sau voi face pentru a rezolva problema.	0	1	2	3
22.	M-am străduit să privesc lucrurile din perspectiva celui alt.	0	1	2	3

IV. Instrucțiuni de completare:

- Mai jos vei găsi o serie de afirmații pe care, de obicei, oamenii le utilizează pentru a se autodescrie, atunci când sunt *furioși* sau *supărați*.
- Citește afirmațiile, apoi încercuiește numărul corespunzător pe foaia de răspuns, în funcție de cum simți sau acționezi în situația dată.
- Nu există răspunsuri corecte sau greșite.

- Nu zăbovi prea mult timp la nicio afirmație.
- Încercuiește numărul care reflectă cel mai precis răspunsul tău. Sarcina ta este să-ți evaluezi acțiunile *în mod general*, să te gândești la ceea ce faci de cele mai multe ori în situațiile în care ești *furios* sau *supărat*.

Când sunt furios sau supărat:
(1 = deloc, 2 = abia, 3 = puțin, 4 = foarte mult)

1. Mă stăpânesc.	1	2	3	4
2. Îmi exprim supărarea.	1	2	3	4
3. Mi-am reprimat sentimentele.	1	2	3	4
4. Am făcut amenințări pe care nu le-am gândit la modul serios.	1	2	3	4
5. Stau bosumflat sau devin furios.	1	2	3	4
6. Mă închid în mine.	1	2	3	4
7. Fac comentarii acide la adresa celorlalți.	1	2	3	4
8. Îmi păstrez calmul, îmi păstrez sângele rece.	1	2	3	4
9. Trântesc ușa și fac alte lucruri asemănătoare.	1	2	3	4
10. Se inflamează pasiunea în mine, dar nu arăt acest lucru.	1	2	3	4
11. Mă cert cu ceilalți.	1	2	3	4
12. Mă înfurii în mine însumi/însămi, dar nu vorbesc despre acest lucru cu nimeni.	1	2	3	4
13. Dacă mă înfurie cineva, eu îl atac.	1	2	3	4
14. În secret, îi privesc foarte critic pe ceilalți.	1	2	3	4
15. Sunt mai furios decât sunt dispus să recunosc.	1	2	3	4
16. Mă liniștesc mai repede decât cei mai mulți oameni.	1	2	3	4
17. Vorbesc urât.	1	2	3	4
18. Sunt mult mai iritat decât cred oamenii.	1	2	3	4
19. Îmi ies din fire.	1	2	3	4
20. Dacă mă supără cineva, sunt gata să-i comunic ceea ce simt.	1	2	3	4

Vă mulțumim pentru atenție!

Anexa 2. Structura chestionarului folosit în cercetare

I. Date demografice:

- *Vârsta*
- *Clasa școlară*
- *Sexul*

II. Date din contextul social în care își desfășoară activitatea adolescenții:

- *Familia* - structura întrebarea 1 (HBSC*)
 - nivelul de școlarizare al părinților întrebarea 2 (HBSC*)
 - suportul afectiv (discutarea problemelor cu membrii familiei) întrebarea 3 (HBSC*)
- *Grupul de aceeași vârstă* - numărul prietenilor întrebarea 4 (HBSC*)
 - timpul petrecut cu prietenii întrebarea 5 (HBSC*)
- *Școala*
 - 1. Mediul școlar - atitudinea față de școală întrebarea 6 (HBSC*)
 - stresul școlar întrebarea 7 (HBSC*)
 - 2. Colegii - climatul clasei întrebarea 8 (HBSC*)
 - acceptarea școlară întrebarea 9 (HBSC*)
 - 3. Profesorii - atitudinea față de elev întrebarea 10 (HBSC*)
 - acceptarea personalității elevului întrebarea 11 (HBSC*)
 - 4. Abuzul - rolul de victimă întrebarea 12 (HBSC*)
 - rolul de agresor întrebarea 13 (HBSC*)
 - implicarea în altercații școlare întrebarea 14 (HBSC*)

III. Date ale comportamentului de sănătate:

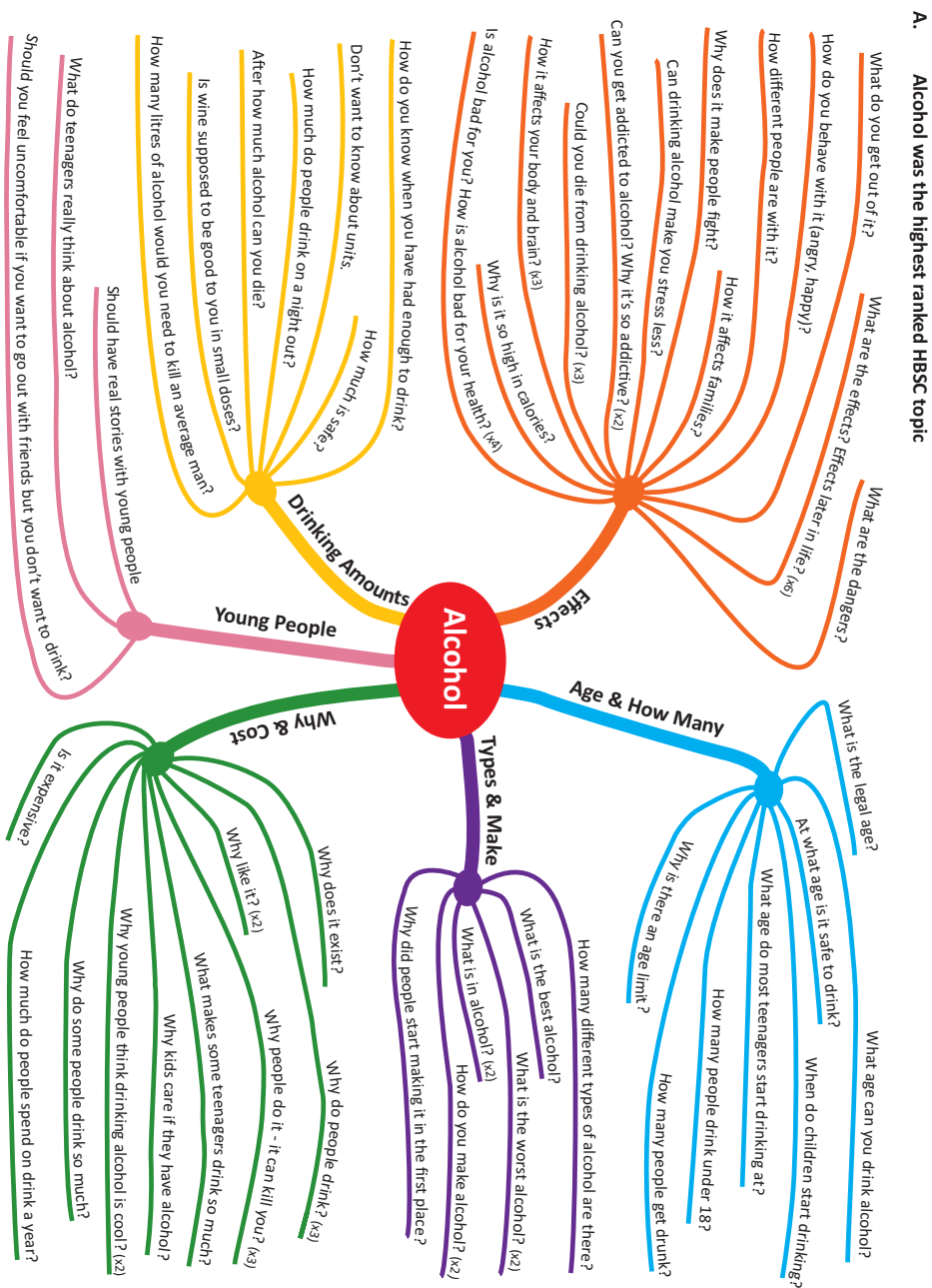
- *Starea de bine („well-being”)* - autoaprecierea stării de sănătate întrebarea 15 (HBSC*)
 - gradul de satisfacție cu viața întrebarea 16 (HBSC*)
- *Activitatea fizică* - regularitatea efectuării întrebarea 17 (HBSC*)
 - ponderea întrebarea 18 (HBSC*)
- *Imaginea corpului* - autoaprecierea constituției fizice întrebarea 19 (HBSC*)
 - controlul greutateii corpului întrebarea 20 (HBSC*)
- *Comportamentul de risc* - fumatul - prevalența întrebarea 21 (HBSC*)
 - frecvența întrebarea 22 (HBSC*)
 - consumul de alcool - frecvența întrebarea 23 (HBSC*)
 - cantitatea întrebarea 24 (HBSC*)
 - consumul de droguri - prevalența întrebarea 25 (HBSC*)
 - frecvența întrebarea 26 (HBSC*)

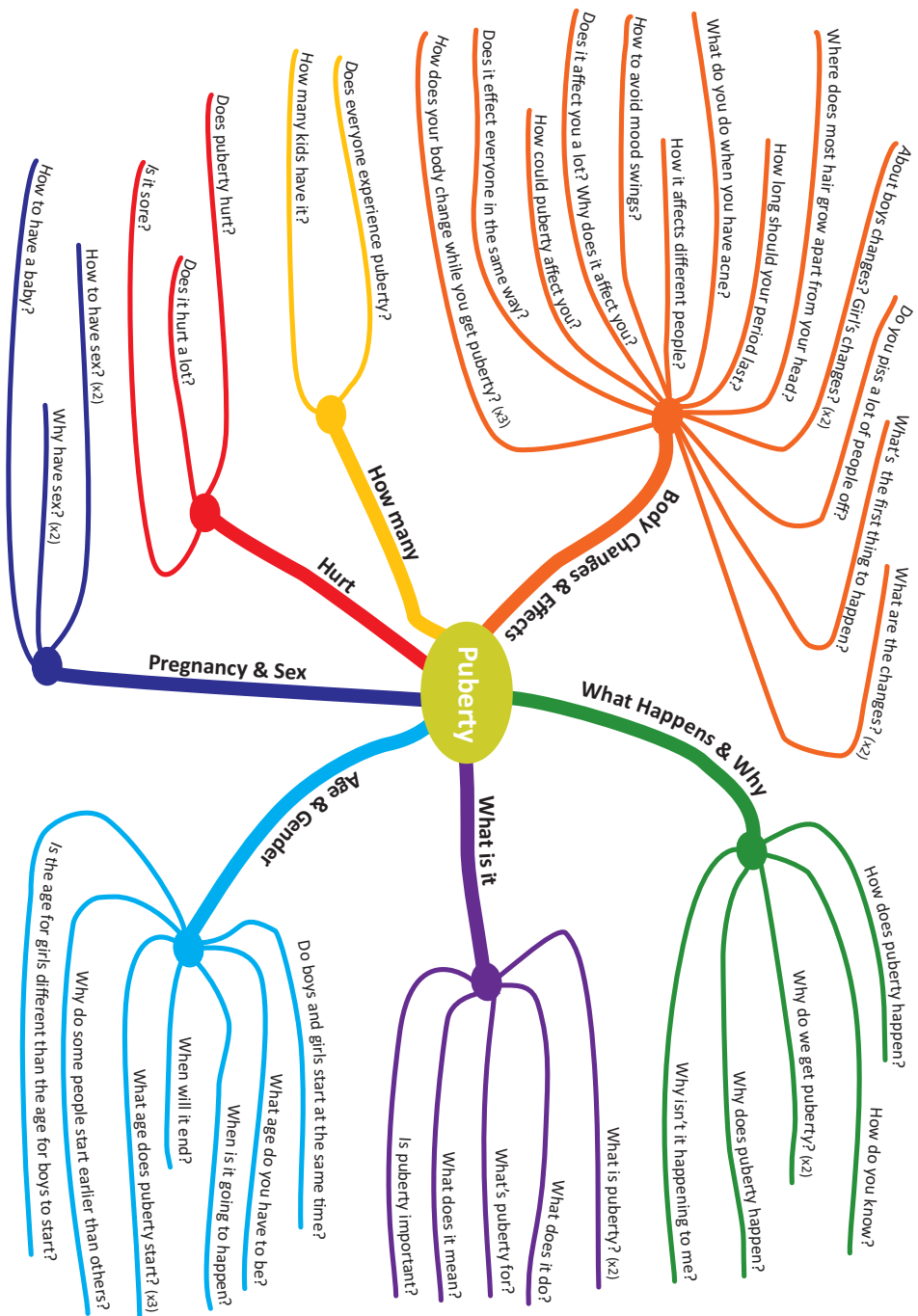
IV. Caracteristici ale personalității

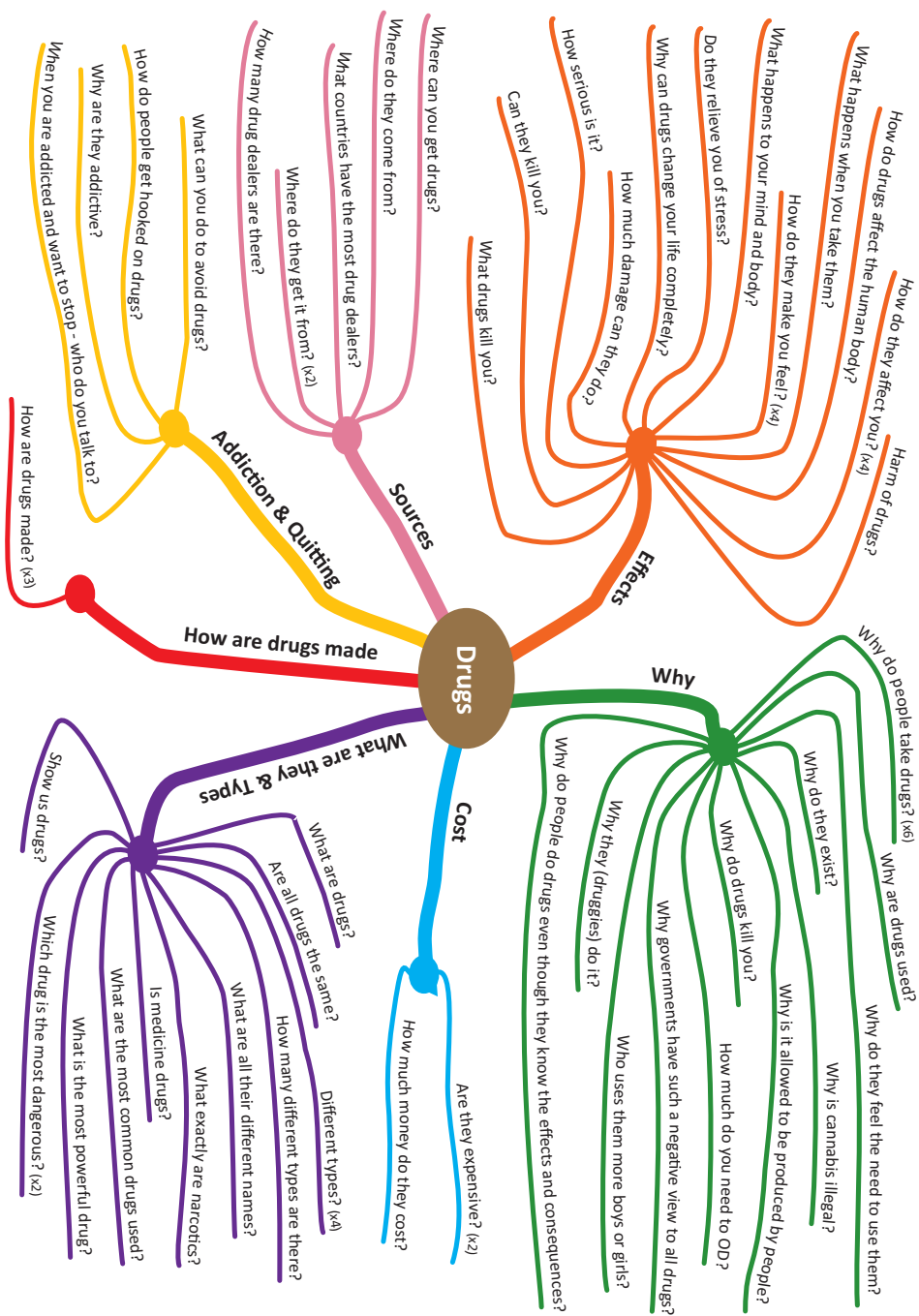
- *Autoaprecierea globală* - testul de autoapreciere Rosenberg (RSES) 10 itemi
- *Mecanismul de coping* - testul stilului de coping Lazarus (WOC) 22 itemi
- *Exprimarea agresivității* - testul de agresivitate Spielberger (AES) 20 itemi

* Item obligatoriu folosit de cercetători în studiile *Health Behavior in School-Aged Children* al Organizației Mondiale a Sănătății

Anexa 3. Clasificarea, în ordinea importanței atribuite de către elevi, a temelor studiate în cadrul cercetărilor HBSC (1 – alcoolul, 2 – pubertatea, 3 – drogurile) Sursa: *Doyle și col, 2010, p. 11–13.*







Anexa 4. Corelațiile și semnificațiile acestora între *factorii protectivi* ai comportamentului de sănătate și factorii de personalitate studiați: autoaprecierea, stilul de coping și nivelul, respectiv orientarea agresivității

Factori protectivi	Scala Stimei de Sine Rosenberg	Scala de rezolvare a conflictelor (Ways of Coping)						Scala de exprimare a agresivității			
	Autoapreciere globală	Rezolvarea problemei	Acceptarea confruntării	Reevaluarea pozitivă	Stăpânirea de sine	Îndepărtarea amenințării	Fuga de evitare	Căutarea suportului social	Nivelul total de agresivitate (A/EX)	Agresivitate reprimată (A/I)	Agresivitate exprimată (A/O)
Autoaprecierea sănătății	-0,33** 0,000	-0,09* 0,046	-0,24** 0,000	0,06 0,199	-0,01 0,820	-0,15** 0,002	0,00 0,974	0,07 0,118	0,04 0,370	0,12* 0,011	0,06 0,218
Autoaprecierea calității vieții	0,39** 0,000	0,12* 0,011	0,28** 0,000	-0,13** 0,005	-0,01 0,789	0,16** 0,001	0,04 0,360	-0,05 0,260	0,07 0,114	-0,28** 0,000	-0,04 0,398
Regularitatea exercițiilor fizice	0,21** 0,000	0,07 0,125	0,16** 0,001	-0,03 0,586	0,00 0,943	0,06 0,210	-0,04 0,416	0,00 0,945	-0,03 0,485	-0,10* 0,035	-0,07 0,155
Ponderea exercițiilor fizice	-0,23** 0,000	-0,03 0,512	-0,16** 0,000	0,11* 0,016	0,06 0,238	-0,05 0,334	0,11* 0,016	0,01 0,792	0,03 0,582	0,16** 0,001	0,09 0,065
Autoaprecierea constituției fizice	-0,18** 0,000	0,04 0,414	-0,06 0,237	0,04 0,456	0,09 0,052	-0,11* 0,019	0,07 0,137	0,06 0,174	0,02 0,618	0,08 0,108	0,07 0,153
Controlul greutății corpului	-0,16** 0,001	0,02 0,722	-0,07 0,133	-0,03 0,585	-0,11* 0,022	-0,04 0,346	0,02 0,691	0,10* 0,028	0,07 0,159	0,05 0,259	0,09* 0,046

** Corelația este semnificativă la nivelul de 0.01

* Corelația este semnificativă la nivelul de 0.05

Total subiecți N = 447

Anexa 5. Corelațiile dintre *factorii de risc* ai comportamentului de sănătate și factorii de personalitate studiați: autoaprecierea, stilul de coping și nivelul, respectiv orientarea agresivității

Factori de risc	Scala Stimei de Sine Rosenberg	Scala de rezolvare a conflictelor (Ways of Coping)							Scala de exprimare a agresivității		
	Autoapreciere globală	Rezolvarea problemei	Acceptarea confruntării	Reevaluarea pozitivă	Stăpânirea de sine	Îndepărtarea amenințării	Fuga de evitare	Căutarea suportului social	Nivelul total de agresivitate (A/EX)	Agresivitate reprimată (A/I)	Agresivitate exprimată (A/O)
Frecvența fumatului	0,06 0,221	-0,02 0,661	0,05 0,271	-0,23** 0,000	-0,08 0,101	0,07 0,143	-0,07 0,147	0,03 0,583	-0,18** 0,000	0,00 0,950	-0,22** 0,000
Cantitatea de alcool consumat	-0,04 0,372	0,03 0,474	-0,02 0,639	0,26** 0,000	0,03 0,563	-0,06 0,177	0,10* 0,028	-0,18** 0,000	0,26** 0,000	-0,08 0,076	0,28** 0,000
Frecvența consumului de alcool (bere)	0,03 0,492	0,02 0,633	-0,02 0,618	-0,03 0,593	-0,03 0,464	0,04 0,457	-0,02 0,676	0,16** 0,001	-0,07 0,157	0,07 0,169	-0,05 0,290
Frecvența consumului de alcool (vin)	0,04 0,435	0,02 0,626	0,06 0,198	-0,11* 0,017	0,00 0,954	0,03 0,525	0,02 0,717	0,05 0,338	-0,09 0,059	0,01 0,889	-0,11* 0,015
Frecvența cons. de alcool (spirtoase)	0,05 0,257	0,01 0,881	0,11* 0,020	-0,19** 0,000	-0,03 0,491	0,06 0,220	-0,04 0,344	0,17** 0,000	-0,18** 0,000	0,04 0,354	-0,20** 0,000
Prevalența consumului de droguri	0,05 0,300	0,00 0,985	-0,07 0,150	0,14** 0,003	0,06 0,186	-0,10* 0,039	0,05 0,256	-0,10* 0,035	0,09 0,054	0,01 0,852	0,13** 0,006
Frecvența cons. de droguri (medicam.)	-0,08 0,078	0,01 0,878	-0,02 0,674	0,15** 0,002	-0,08 0,100	-0,02 0,659	0,04 0,400	0,03 0,548	0,07 0,117	0,04 0,454	0,10* 0,039
Frecv. cons. de drog. (medicam. și alcool)	-0,08 0,089	0,00 0,941	-0,03 0,461	0,24** 0,000	0,07 0,145	-0,13** 0,007	0,03 0,533	0,01 0,886	0,14** 0,004	0,00 0,977	0,17** 0,000
Frecvența cons. de droguri. (etnobotanice)	0,05 0,321	-0,03 0,484	-0,09 0,052	0,16** 0,001	0,00 0,989	-0,10* 0,042	0,06 0,189	-0,05 0,287	0,10* 0,042	0,02 0,723	0,13** 0,008

** Corelația este semnificativă la nivelul de 0.01

* Corelația este semnificativă la nivelul de 0.05

Total subiecți N = 447



ISBN: 978-973-595-937-1